

Netzwerkarbeit der freipraktizierenden Hebammen in der Schweiz

Zugang der Familien mit Neugeborenen zu
weiteren Angeboten der Frühen Förderung

Abschlussbericht

Astrid Krah

Irina Radu

Rebekka Erdin

Susanne Grylka-Bäschlin

Jessica Pehlke-Milde

Das Projekt wird unterstützt durch
das Nationale Programm gegen Armut
und Familystart Zürich

Januar 2018

Forschungsstelle
**Hebammen-
wissenschaft**

Die Autorinnen

Astrid Krahel ist Dipl. Pflegewirtin (FH) und Hebamme. Sie arbeitet als Dozentin in den Bachelorstudiengängen Hebamme an der ZHAW und Hebamme DUAL an der Hochschule 21, Buxtehude, Deutschland und promoviert an der Universität Witten/Herdecke in Kooperation mit der Hochschule Osnabrück, Deutschland.

Irina Radu hat einen BA in Wirtschaftswissenschaften, Zürich und einen MA in Soziologie, Genf. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Forschungsstelle Hebammenwissenschaft an der ZHAW.

Rebekka Erdin hat einen BSc in Umweltwissenschaften und den MSc in Angewandter Statistik und ist Hebamme. Sie arbeitete bis Ende 2017 als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Forschungsstelle Hebammenwissenschaft.

Susanne Grylka-Bäschlin hat einen MSc in Midwifery und einen PhD in Epidemiologie. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und stellvertretende Leiterin der Forschungsstelle Hebammenwissenschaft an der ZHAW.

Jessica Pehlke-Milde, Prof. Dr. rer. cur., ist Professorin am Institut für Hebammen und Leiterin der Forschungsstelle Hebammenwissenschaft an der ZHAW.

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung

Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Akteuren unterschiedlicher Berufsgruppen ist ein zentrales Element einer gelingenden, familienzentrierten Frühen Förderung. In tradierten Tätigkeitsbereichen arbeiten Hebammen vor allem zusammen mit Fachpersonen des Gesundheitswesens. Durch die gesundheitsfördernde und präventive Arbeit von Hebammen mit Familien gewinnt darüber hinaus die Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Sozialbereich zunehmend an Bedeutung.

Gefördert durch das Nationale Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut in der Schweiz sind in der letzten Dekade zahlreiche Initiativen zur Frühen Förderung von Kindern entstanden. Innerhalb multiprofessioneller Netzwerke gelten Hebammen durch das niedrigschwellige Versorgungsangebot während Schwangerschaft und der ersten Zeit nach der Geburt als wichtige Ansprech- und Kooperationspartnerinnen. Sind Eltern aufgrund einer besonderen psychosozialen oder finanziellen Situation in ihrer Fähigkeit auf frühkindliche Bedürfnisse angemessen zu reagieren eingeschränkt, können Hebammen gezielt den Zugang zu Angeboten der Frühen Förderung eröffnen. Die Integration von Hebammen in Netzwerke der Frühen Förderung kann sie in dieser Arbeit unterstützen. Bislang liegen in der Schweiz keine Erkenntnisse zur Situation der interdisziplinären Vernetzung der Hebammen vor.

Ziel des Projektes

Dieses Projekt zielt darauf ab, die bestehende Netzwerkarbeit von freipraktizierenden Hebammen in ihrer Struktur, ihren Eigenschaften und Merkmalen sowie bezüglich ihrer Entwicklungsmöglichkeiten zu analysieren.

Methode

Es wird ein aufeinander aufbauendes, qualitatives und quantitatives Studiendesign in zwei Phasen gewählt. In die Studie eingeschlossen wurden freipraktizierende Hebammen aus allen Sprachregionen der Schweiz.

In Phase I wurden Experteninterviews mit Hebammen (n=11) aus verschiedenen Kantonen geführt, die über Erfahrung in der Betreuung sozial benachteiligter Familien verfügten. Die Interviews wurden transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Erkenntnisse dienen als Grundlage für die Erstellung des Online-Fragebogens.

In Phase II wurde eine Online-Befragung der freipraktizierenden Hebammen der deutsch-, italienisch- und französischsprachigen Schweiz durchgeführt. Für die Umfrage wurden 1'379 beim Schweizerischen Hebammenverband registrierte freipraktizierende Hebammen eingeladen, die im Jahr 2016 Wochenbettbetreuungen durchgeführt hatten. Die Rücklaufquote lag bei 29.1 Prozent (n=401). Die Auswertung erfolgte mittels deskriptiver Statistik.

Ethische Kriterien

Für die Durchführung der Studie liegt eine Unbedenklichkeitsbescheinigung der Ethikkommission des Kantons Zürich vor (BASEC-Nr. Req-2016-00252).

Ergebnisse

Phase I Experteninterviews

Es wurden zwei zentrale Themen herausgearbeitet. Generell sind Zusammenarbeit und Vernetzung integrale Bestandteile der beruflichen Identität der befragten Hebammen. Die Art und Weise der Zusammenarbeit gestalten Hebammen in Abhängigkeit von der Problem- und Bedürfnislage der betreuten

Familie und den Ansprüchen an die eigene berufliche Organisation. Die Netzwerkarbeit reicht von einer direkten Ad-hoc-Vermittlung oder einem kurzfristigen Austausch mit persönlich bekannten Ärztinnen und Ärzten oder Mütter- und Väterberaterinnen, über Formen einer regelmässigen Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams bis hin zur Mitarbeit in formellen und zum Teil institutionalisierten Netzwerken der Frühen Förderung. Die Expertinnen zeigen sich überzeugt, dass Hebammen grundsätzlich eine positive Haltung gegenüber Netzwerken haben. Als Potentiale von Netzwerken sehen sie, dass diese effizient für psychosozial belastete Familien sind und insbesondere den Kindern zugutekommen. Sie erweitern den Blick der Hebammen auf die komplexen Lebenssituationen und Problemlagen der Familien und helfen, die Verantwortung zu teilen sowie Sicherheit zu vermitteln. Dennoch wird nach Einschätzung der Expertinnen von Hebammen auch eine skeptische Haltung gegenüber der Netzwerkarbeit eingenommen. Die zeitintensive Zusammenarbeit wird durch mangelnde Strukturen und fehlende Ansprechpersonen erschwert. Als unbezahlte Tätigkeit kann sie als „Extraarbeit“ verstanden werden, die nicht zum zentralen Aufgabenbereich von Hebammen gehört.

Das zweite Thema betrifft das Potenzial der Vernetzung von Hebammen für die Unterstützung von psychosozial belasteten Familien. Aus Sicht der befragten Expertinnen steigt der Bedarf an Netzwerkarbeit mit der psychosozialen Belastung der Familien. Damit erhöht sich auch der Bedarf der Hebammen, sich in einem interdisziplinären Netzwerk zu engagieren. Die häusliche Betreuung und die häufig ausgeprägte Vertrauensbeziehung zur Frau oder zur gesamten Familie ermöglichen der Hebamme, Probleme und Unterstützungsbedarfe frühzeitig zu erkennen. In betroffenen Familien weitet sich der Betreuungsaufwand meist stark aus. Zugleich nimmt auch der psychosoziale Beratungsanteil in der Betreuungssituation zu. In diesen komplexen Betreuungssituationen stellt die Vermittlungsarbeit zu angemessenen Unterstützungsdiensten nicht selten eine grosse und zeitintensive Herausforderung dar. Je länger Hebammen die Familien in der Familienbildungsphase begleiten, desto ausgeprägter nehmen sie psychosoziale Problemlagen wahr und fühlen sich zunehmend verantwortlich für die Vernetzung der Familie mit Angeboten der Frühen Förderung. Dies hat Konsequenzen für ihre Haltung gegenüber Netzwerken und ihrem Bedarf an spezifischen Fort- und Weiterbildungen.

Phase II Online-Umfrage

Die an der Online-Befragung teilnehmenden Hebammen waren im Mittel 47 Jahre alt und verfügten über 19.7 Jahre Berufserfahrung (1–47 Jahre). Sie betreuten im Jahr 2016 im Mittel 5.5 Familien im Monat (1–23.3 Familien). 57.9 Prozent der Hebammen waren im ländlich/mittelstädtischen Bereich tätig. In formellen Netzwerken waren 62.8 Prozent der Hebammen integriert; signifikant mehr im städtischen als im ländlich/kleinstädtischen Bereich (75 % vs. 53.7 %, $p < 0.001$). Jeweils 108 Hebammen (31.2 %) waren in monoprofessionellen oder interdisziplinären Netzwerken organisiert, einige davon auch in beiden Formen. Nicht vernetzte Hebammen verwiesen auf fehlende Netzwerke in der Region. Andere gaben an, dass ihnen die zeitlichen Ressourcen fehlten oder äusserten, keinen Bedarf an formeller Vernetzung zu haben.

Vernetzte Hebammen betreuten signifikant häufiger sozial benachteiligte Familien ($p < 0.001$). Regelmässig, das heisst mit einem Anteil von zirka 20 Prozent, betreute jede sechste der in formellen Netzwerken integrierten und jede zehnte der nicht in Netzwerken integrierten Hebammen Familien mit einem psychosozialen Unterstützungsbedarf. Signifikant mehr Hebammen in formellen Netzwerken kannten Initiativen der Frühen Förderung (72.2 vs. 44.6 %, $p < .001$). Zudem sahen sie sich selbst häufiger als Teil der Frühen Förderung (89.3 vs. 77.5 %, $p = 0.010$).

Zu den wichtigsten Vermittlungspartnern gehören die Mütter- und Väterberaterinnen, Fachpersonen aus komplementärmedizinischen Bereichen, Pädiater/-innen, Psychologen/-innen, das Spital und der Sozialdienst. Die Zusammenarbeit mit den Mütter- und Väterberaterinnen ist von besonderer Relevanz. Drei Viertel der Hebammen arbeiten im Allgemeinen eng mit ihnen zusammen und sehen in ihnen die erste Anlaufstelle bei Familien mit psychosozialen Belastungen. Vier von fünf Hebammen geben den Beraterinnen bei betroffenen Familien einen Rapport oder organisieren einen gemeinsamen Besuch. Mehr als 40 Prozent äusserten dennoch, dass sich die Betreuungsphilosophie und Ziele der Beraterinnen nur zum Teil oder kaum mit den eigenen decken.

Die wenigsten Hebammen (3.9 %) gaben an, das Vertrauen der Familien verloren zu haben, wenn sie einen Unterstützungsbedarf erkannt und im Einverständnis der Familien Vermittlungsaktivitäten einleiten wollten. Schwierigkeiten mit der Kommunikation der Einschätzung eines Unterstützungsbedarfes (19.2 %) wurden ebenfalls von wenigen Hebammen berichtet. Selten wick die Einschätzung der Hebamme zum Unterstützungsbedarf von der Selbstwahrnehmung der Familien ab (17.5 %). Dennoch berichteten jeweils ein Drittel der Hebammen erlebt zu haben, dass Familien keine Vermittlung wünschten, Angebote nicht als hilfreich empfunden haben oder aber ihnen das Angebot zu teuer war und nicht finanziert werden konnte. Jede vierte Hebamme kannte die Sorge, Familien womöglich unnötig in ein System institutioneller oder staatlicher Kontrolle zu überführen.

Unabhängig davon, ob Hebammen in monoprofessionellen oder interdisziplinären Netzwerken organisiert waren, gaben 80 Prozent der Befragten an, dass die Austauschtreffen zentral organisiert seien und 70 Prozent berichteten, die Treffen seien moderiert und protokolliert. Weniger als die Hälfte gab an, dass die Organisation vom Engagement Einzelner abhing.

Signifikant mehr interdisziplinär vernetzte als monoprofessionell oder nicht vernetzte Hebammen sahen den Vorteil von Netzwerken darin, mehr Verständnis für die Sicht- und Handlungsweisen von Fachpersonen anderer Berufsgruppen zu erlangen ($p=0.001$). Darüber hinaus sahen sie Familien mit komplexen Problemlagen umfassender versorgt ($p=0.001$). Auch den Wert der eigenen Arbeit für belastete Familien wurde nach ihrer Einschätzung besser genutzt ($p=0.029$). Interdisziplinär vernetzte Hebammen wurden bei der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs signifikant öfter durch regelmässigen interdisziplinären Austausch unterstützt ($p=0.038$) und konnten auf ein bereits etabliertes Netzwerk oder einen verantwortliche/n Ansprechpartner/in zurückgreifen ($p=0.001$). Sie äusserten zudem häufiger, fallbezogen passende Ansprechpartner für die Familien zu suchen ($p=0.010$).

Als förderliche Faktoren für die Netzwerkarbeit erwiesen sich für vernetzte und nicht vernetzte Hebammen vor allem gegenseitiger Respekt und Anerkennung der Fachpersonen untereinander (völlige Zustimmung 71.9 vs. 61.3 %, $p=0.028$), ausreichende Ressourcen für die Netzwerktreffen (58.8 vs. 47.1 %, n. s.), Rückmeldung zum weiteren Verlauf in den Familien durch die hinzugezogenen Fachpersonen (56.7 vs. 50.4 %, n. s.) sowie klare Regelungen zur Schweigepflicht (56.4 vs. 47.9 %, n. s.).

Schlussfolgerungen

Die Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich sind integrale Bestandteile des beruflichen Alltags von Hebammen und werden vielfältig und kreativ gestaltet. Die Organisation in institutionalisierten Netzwerken der Frühen Förderung ist abhängig vom Bedarf der betreuten Familien und den Zugangsmöglichkeiten zu Netzwerken in der Region. In interdisziplinären Netzwerken organisierte Hebammen betreuen mehr sozial benachteiligte Familien. Sie schätzen und nutzen den interdisziplinären Austausch und sehen Familien mit komplexen Problemlagen besser versorgt. Allerdings ist die Netzwerkarbeit mit einem hohen zeitlichen Investment verbunden, dessen Vergütung ungeklärt ist.

Hebammen, insbesondere Hebammen, die in ländlichen Regionen oder nur selten mit psychosozial belasteten Familien arbeiten, benötigen Zugänge zu Netzwerken der Frühen Förderung oder zu geeigneten Vermittlungsstellen für die benachteiligten Familien. Gegenseitiger Respekt und Anerkennung innerhalb der interdisziplinären Netzwerke fördert aus Sicht der Hebammen den effektiven Austausch mit den Akteuren aus dem Sozial- und Gesundheitswesen und kommt letztendlich den Familien und Kindern zugute. Die Zusammenarbeit sollte über gemeinsam erarbeitete Leitfäden, klare Strukturen und Prozesse sowie geklärte Verantwortungsbereiche gefördert werden. Zudem benötigen Hebammen für die Betreuungsarbeit in Familien mit psychosozialen Belastungen erweiterte Kenntnisse und Kompetenzen. Fort- und Weiterbildungsangebote sollten Anforderungen im Assessment, der Kommunikation und der ethisch fundierten Zusammenarbeit aufnehmen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Soziodemografische Daten	18
Tabelle 2. Art der Netzwerke	24
Tabelle 3. Soziodemografische Merkmale	35
Tabelle 4. Ländliche oder städtische Tätigkeitsregionen in den drei Sprachregionen der Schweiz	38
Tabelle 5. Engagement in Netzwerken	39
Tabelle 6. Definition von sozialen Belastungen.....	43
Tabelle 7. Familiäre Belastungen im Kontext des Elternwerdens.....	46
Tabelle 8. Einschätzung des Unterstützungsbedarfs nach Art des Netzwerks der Hebamme.....	48
Tabelle 9. Vermittlungsarbeit nach Art des Netzwerks der Hebamme	50
Tabelle 10. Herausforderungen in der Vermittlungsarbeit	51
Tabelle 11. Vermittlungsprobleme nach Art des Netzwerks der Hebamme	52
Tabelle 12. Vorteile von Netzwerken – signifikante Unterschiede zwischen der Art des Netzwerkes der Hebamme	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Betreuungsbogen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit	2
Abbildung 2. Haltungen von Hebammen gegenüber Netzwerkarbeit	20
Abbildung 3. Handlungsschritte von Hebammen im Kontext der Betreuung psychosozial belasteter Familien	28
Abbildung 4. Veränderung der Tätigkeitsbereiche mit zunehmender Belastung der Familien	29
Abbildung 5. Prinzipien der Hebammenarbeit.....	30
Abbildung 6. Datenrücklauf in den Sektionen des SHV	34
Abbildung 7. Alter der Studienteilnehmerinnen	35
Abbildung 8. Berufserfahrung der Studienteilnehmerinnen	36
Abbildung 9. Anzahl der betreuten Familien in 2016	36
Abbildung 10. Monatliche Betreuungsquote.....	37
Abbildung 11. Vernetzung von Hebammen.....	39
Abbildung 12. Organisation der Netzwerktreffen	40
Abbildung 13. Kontaktaufbau zur Hebamme.....	41
Abbildung 14. Vorkommen von sozialen Belastungen in den betreuten Familien	43
Abbildung 15. Betreuung sozial benachteiligter Familien - Häufigkeiten nach Tätigkeitsregion und Vernetzung der Hebamme	45
Abbildung 16. Häufigkeit von Belastungen im Zusammenhang mit dem Elternwerden	46
Abbildung 17. Einschätzung des Unterstützungsbedarfs.....	47
Abbildung 18. Vermittlungsarbeit bei erweitertem Unterstützungsbedarf	49
Abbildung 19. Wichtigste Vermittlungspartner	50
Abbildung 20. Zusammenarbeit mit der Mütter-Väter-Beratung	53
Abbildung 21. Frühe Förderung	55
Abbildung 22. Vorteile der Arbeit in Netzwerken.....	56
Abbildung 23. Förderung von Netzwerkarbeit.....	59

Inhaltsverzeichnis

Die Autorinnen	I
Zusammenfassung	II
Tabellenverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
2 Postpartal aufsuchende Familienbetreuung durch Hebammen	2
2.1 Aufgaben und Tätigkeitsbereiche von Hebammen	2
2.2 Gesetzliche Grundlagen für die Betreuung im Wochenbett in der Schweiz	3
2.3 Kompetenzprofil von Hebammen im psychosozialen Betreuungskontext	4
2.4 Aufsuchende postpartale Betreuung in Familien	4
3 Netzwerkarbeit im Gesundheits- und Sozialbereich	5
3.1 Begriffsklärung und Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit von Netzwerken	5
3.1.1 Allgemeines	5
3.1.2 Qualitätsmerkmale von Netzwerken	6
3.2 Peripartale Betreuung und Vernetzung	7
3.3 Netzwerke in Bereich der Frühen Förderung in der Schweiz	9
3.4 Problembeschreibung und Forschungsfragen	12
4 Methodik	13
4.1 Studiendesign	13
4.2 Qualitative Untersuchung – Expertinnenbefragung	14
4.2.1 Zielgruppe und Rekrutierung	14
4.2.2 Fragebogenentwicklung	14
4.2.3 Datenerhebung	15
4.2.4 Datenauswertung	15
4.3 Quantitative Untersuchung – nationale Online-Befragung	15
4.3.1 Feldzugang und Stichprobengewinnung	15
4.3.2 Erhebungsinstrument	16
4.3.3 Pretest	17
4.3.4 Datenaufbereitung und statistische Analyseverfahren	17
5 Ergebnisse und Diskussion	18
5.1 Qualitativer Teil: Experteninterviews	18
5.1.1 Soziodemografische Angaben	18
5.1.2 Zugang der Expertinnen zur Netzwerkarbeit	19
5.1.3 Haltung von gegenüber Netzwerkarbeit	19
5.1.4 Netzwerkarbeit von Hebammen	21
5.1.5 Psychosozial belastete Familien	27

5.1.6	Auswirkungen der Verlängerung der Hebammenarbeit auf 8 Wochen	32
5.1.7	Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Experteninterviews	33
5.2	Ergebnisse der Online-Umfrage	33
5.2.1	Datenrücklauf	33
5.2.2	Soziodemografische Angaben der Teilnehmerinnen	34
5.2.3	Netzwerkarbeit von Hebammen	38
5.2.4	Kontaktherstellung und Zugang zur Hebamme	41
5.2.5	Betreuung sozial und psychosozial belasteter Familien	42
5.2.6	Zusammenarbeit mit der Mütter- und Väterberatung	52
5.2.7	Hebammen im Bereich der Frühen Förderung	54
5.2.8	Vorteile und Auswirkungen vernetzter Hebammenarbeit	55
5.2.9	Aspekte zur Förderung von Netzwerkarbeit von Hebammen	58
5.3	Diskussion der Ergebnisse aus der Online-Umfrage	60
5.3.1	Netzwerke von freipraktizierenden Hebammen	60
5.3.2	Hebammen und Angebote der Frühen Förderung	64
5.3.3	Postpartale Betreuung psychosozial belasteter Familien durch Hebammen	65
5.3.4	Vermittlungsarbeit freipraktizierender Hebammen	67
6	Stärken und Limitationen der Studie	69
7	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	69
	Danksagung	72
	Literaturverzeichnis	73
8	Anhang	79
8.1	Interviewleitfaden	79
8.2	Studieninformation	80
8.3	Einwilligung Studienteilnahme	81
8.4	Anschreiben Online-Erhebung	82
8.5	Online Fragebogen	85

1 Einleitung

Die Geburt eines Kindes ist ein wichtiges Ereignis im Leben der Eltern und verbunden mit vielgestaltigen und tiefgreifenden physischen und psychischen Anforderungen sowie sozialen Veränderungen. Gerade beim ersten Kind stellt das Erlernen neuer Fertigkeiten, der Umgang mit dem Kind und die Übernahme der Verantwortung eine grosse Herausforderung dar (Meier Magistretti, Villinger, Luyben & Varga, 2014).

Mütter und Väter sind die wichtigsten Personen, die ihrem neugeborenen Kind emotionale Zuwendung und entwicklungsangemessene Versorgung bieten, die für einen gesunden Start ins Leben erforderlich sind. Lebenswelt, Lebensbedingungen von und Anforderungen an junge Familien werden immer komplexer und unterscheiden sich zum Teil stark voneinander. Entsprechend komplex sind die Verhältnisse in denen Kinder heute aufwachsen (Wustmann-Seiler & Simoni, 2016). Eine Begleitung durch Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich kann hilfreiche Unterstützung leisten, damit Mütter und Väter in die Elternschaft hineinwachsen und die damit verbundenen Anforderungen erfüllen können. Beziehungen in denen Vertrautheit, Bezogenheit, Empathie, Aufmerksamkeit sowie anregende Interaktion vorhanden sind, ermöglichen Kindern ihrem natürlichen Explorationsdrang zu folgen (Wustmann-Seiler & Simoni, 2016). In dieser Zeit sind Mütter und Väter in der Regel hoch motiviert, eigene Kompetenzen zu stärken und ihren Kindern gute Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten. Angebote im Bereich der Frühen Förderung (0-3 Jahre) zielen auf eine Förderung der elterlichen Kompetenzen in Form familienunterstützender und -ergänzender Betreuungsangebote. In den ersten Wochen und Monaten nach der Geburt stehen der Aufbau einer positiven Eltern-Kind-Beziehung und ein feinfühleriger Umgang mit kindlichen Bedürfnissen im Vordergrund. Eltern verfügen grundsätzlich über die erforderlichen Kompetenzen, um diese Aufgaben verantwortungsvoll zu übernehmen. Sie bieten dem Kind einen wichtigen Rahmen, in dem es seine altersspezifischen Entwicklungsaufgaben erfolgreich meistern kann. Selbst wenn andere Ressourcen der Familie beschränkt sind, stellt eine positive Eltern-Kind-Beziehung einen wichtigen Schutzfaktor für die kindliche Gesundheit dar (Richter & Reck, 2013; Ziegenhain, Fegert, Ostler, & Buchheim, 2007).

Hebammen, Mütter- und Väterberaterinnen, Kinderärztinnen und -ärzte sowie Erziehungsberaterinnen und -berater werden dem familienunterstützenden Frühbereich zugeordnet. Ihnen kommt die wichtige Rolle zu, primär alle Eltern zu stärken und notwendiges Wissen bezüglich der frühkindlichen Pflege und – im weitesten Sinne – der Erziehung zu vermitteln. Für Familien, die aus unterschiedlichen Gründen nicht über ausreichend Ressourcen verfügen, um die Adaptionleistungen aus eigener Kraft und ohne Probleme zu bewältigen, können darüberhinausgehende, spezifischere Unterstützungsangebote der Frühen Förderung hilfreich sein. Hebammen können dazu beitragen, diese Familien frühzeitig und unkompliziert mit angemessenen und passgenauen Angeboten zu vernetzen. Eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit der Hebammen mit anderen Fachpersonen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich hilft dabei, die nahtlose Unterstützung sicherzustellen und Risiken für die kindliche Entwicklung präventiv entgegenzuwirken.

Für die Schweiz lassen sich zurzeit nur wenige Aussagen über die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Hebammen und anderen Fachleuten im familienunterstützenden Frühbereich machen. Es ist nicht umfassend bekannt, wie gut die Hebammen in die vorhandenen Netzwerke und Konzepte der Frühen Förderung eingebunden sind. Unklar ist auch, wie die Hebammen vernetzt sind, wenn in den jeweiligen Regionen keine institutionalisierten Netzwerke im Bereich der Frühen Förderung vorhanden sind, und wie die Vermittlungsaktivität an die von den Familien benötigten Angebote innerhalb- sowie ausserhalb solcher interdisziplinären Netzwerke ausfällt. Bis jetzt wurden keine praxisbezogenen Forschungsprojekte zur Situation der interdisziplinären Vernetzung der Hebammen durchgeführt. Aufgrund dieser Überlegungen soll in der vorliegenden Untersuchung die Vernetzungsarbeit von freipraktizierenden Hebammen in der Schweiz untersucht werden, die Familien während des Wochenbetts und der Stillzeit betreuen.

Im Folgenden wird der aktuelle Stand der Forschung zur interdisziplinären Zusammenarbeit von Fachpersonen in Bezug auf die Stärkung der Elternkompetenzen dargestellt. Anhand der wissenschaftlichen Literatur werden Forschungsdesiderate für die weitere Forschung abgeleitet und eine Zielsetzung für die Studie definiert. Danach werden die Methode der Studie, Ergebnisse und Erkenntnisse für die weitere Forschung und Praxis beschrieben.

2 Postpartal aufsuchende Familienbetreuung durch Hebammen

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit stellen ineinanderfließende Etappen einer Lebensphase von Eltern dar, in der vielfältige Anpassungsleistungen gefordert sind. Zusammen mit anderen Berufsangehörigen im geburtshilflichen, präventiven und gesundheitsfördernden Bereich unterstützen Hebammen Familien darin, diese Lebensphase als stärkend und zufriedenstellend zu erleben. Die gelungene Bewältigung dieser biografischen Übergangssituation kann eine initiale Wirkung auf das zukünftige, gesundheitsrelevante Verhalten der Frau haben, sich positiv auf ihr physisches und psychisches Wohlbefinden, die Stillrate sowie die Mutter-Vater-Kind-Beziehung auswirken (Sayn-Wittgenstein, 2007).

Die postpartale Betreuung von Hebammen betrifft neben der stationären Betreuung von Frauen und ihren Neugeborenen während des Frühwochenbetts auch die ambulante Betreuung von Frauen und ihren Familien während der achtwöchigen Wochenbettzeit sowie die Stillberatung während der Stillzeit. In der Schweiz werden zirka 80 Prozent der Frauen nachgeburtlich durch freipraktizierende Hebammen in ihrem häuslichen Umfeld betreut (Erdin, Grylka-Bäschlin, Schmid & Pehlke-Milde, 2017). Diese postpartale Betreuung stellt einen Ausschnitt des Tätigkeitsbereiches von Hebammen dar. Dieser wird im Folgenden näher beschrieben. Dabei werden insbesondere die Kompetenzen von Hebammen in der psychosozialen Betreuung und Unterstützung des familiären Beziehungsaufbaus sowie ihre Rolle in der Gesundheitsförderung und Prävention hervorgehoben.

2.1 Aufgaben und Tätigkeitsbereiche von Hebammen

Hebammen bieten niedrigschwellige präventive Hilfen im medizinischen und im psychosozialen Bereich für Paare und Familien an. Das Angebot der Hebammen gehört zur Grundversorgung von schwangeren Frauen. Hebammen sind verantwortliche und verlässliche Fachpersonen, die in respektvollem und partnerschaftlichem Umgang Frauen während Schwangerschaft, Geburt und postpartaler Phase unterstützen, begleiten und beraten. Sie gewährleisten zudem die Betreuung und Pflege von Neugeborenen und Säuglingen (ICM, 2017a). Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit sind primär physiologische Prozesse, die dennoch auf verschiedenen Ebenen (physisch, psychisch, sozial) Herausforderungen für die Frau, das Neugeborene und die gesamte Familie darstellen. Die Begleitung durch Hebammen fokussiert auf die Erhaltung der Gesundheit und die Förderung der physiologischen Prozesse im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (Sayn-Wittgenstein, 2007, S. 23). Im Falle physiologisch verlaufender Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit arbeiten Hebammen in eigener Verantwortung und sind Ärzten und Ärztinnen gegenüber gleichgestellt (KLV, 2017). Auch bei regelwidrigen oder pathologischen Verläufen werden Frauen in interprofessioneller Zusammenarbeit mit Ärzten und Ärztinnen weiter durch Hebammen betreut.



Abbildung 1. Betreuungsbogen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit
Quelle: Sayn-Wittgenstein, 2007, S.24

Die Betreuung von Hebammen umfasst die Überwachung des Verlaufes und die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und der Entwicklung des Neugeborenen. Die Hebamme führt gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen durch, erkennt Komplikationen oder erweiterte Bedürfnisse von Mutter und Kind und eröffnet den Zugang zu weiterer medizinischer Versorgung oder weiterer angemessener Hilfe. Die Hebamme hat eine wichtige Aufgabe in der Gesundheitsberatung, für die Frau, ihre Familie und innerhalb der Gesellschaft. Diese Arbeit schliesst die pränatale Bildungsarbeit und Vorbereitung auf die Elternschaft ein und kann sich auf die Gesundheit von Frauen, die sexuelle oder reproduktive Gesundheit und die Kinderbetreuung erstrecken (ICM, 2013).

Hebammen betreuen Familien mit unterschiedlichen Graden an Unterstützungsbedarf. Neben Frauen mit leichtem bis mittlerem Unterstützungsbedarf sind dies auch Fälle mit Komplikationen im Zusammenhang mit der Geburt, solche mit gesundheitlichen Problemen der Mutter oder des Kindes sowie Fälle mit psychosozialen Problemen (Erdin, Grylka-Bäschlin et al., 2017; Erdin, Iljuschin, van Gogh, Schmid & Pehlke-Milde, 2017; Meier Magistretti et al., 2014).

In Bezug auf die Berufsgruppe von Hebammen bedeutet dies, dass sie Kontakte zu anderen Fachpersonen sowie umfangreiches Wissen über passgenaue Angebote in ihrer Arbeitsregion benötigen, um bei der Vermittlung der Frauen und Familien an weitere Angebote behilflich zu sein (Hafen, 2014).

2.2 Gesetzliche Grundlagen für die Betreuung im Wochenbett in der Schweiz

Aufgaben-, Tätigkeits- und Leistungsbereiche von Hebammen werden zum einen in den kantonalen Hebammenverordnungen und Gesundheitsgesetzen sowie der Krankenpflegeleistungsverordnung des Eidgenössischen Departments des Innern (KLV, 2017) definiert. Zum anderen regelt das Bundesgesetz für Gesundheitsberufe (GesBG) unter Mitwirkung der Hochschulen mit akkreditiertem Studiengang die berufsspezifischen Kompetenzen.

Die Betreuungsleistung der Hebammen im Wochenbett wird vorrangig beschrieben als Pflege und Überwachung des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind (HebVo Ktn. AR, Art. 3; KLV, Art. 16c). Zudem wird Unterstützung, Anleitung und Beratung der Mutter zur Pflege und Ernährung sowie Stillberatung benannt (KLV, Art. 16c). Hinter den oftmals sehr knapp gehaltenen und wenig differenziert beschriebenen Tätigkeits- oder Leistungsbereichen steht eine Vielfalt an Aufgaben, die von Hebammen während der Besuche im häuslichen Bereich abgedeckt werden.

Berufsgeheimnis

In der interdisziplinären Zusammenarbeit von verschiedenen Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich ist die Beachtung der gesetzlichen Regelungen über das Berufsgeheimnis relevant. Für Hebammen gelten dieselben Bestimmungen wie für Geistliche, Notare oder Ärzte (Art. 321 Ziff. 2 und 3 StGB). Nach Ziffer 2 können Berechtigte (die behandelte oder betreute Person) sie davon entbinden. Vorbehalten bleiben nach Ziffer 3 jedoch eidgenössische und kantonale Bestimmungen über die Zeugnis- und Auskunftspflicht gegenüber einer Behörde.

Schweigepflicht und Gefährdungsmeldung

Die gesetzlichen Grundlagen zur Gefährdungsmeldung an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) durch Angehörige von Heilberufen sind in den Kantonen unterschiedlich geregelt. Unter Vorbehalt der Bestimmungen über das Berufsgeheimnis (Art. 321 Ziff. 2 und 3 StGB) besteht jedoch nach Erwachsenenschutzgesetz (ESR, 1.1.2013) ein allgemeines Melderecht in Fällen von Kindeswohlgefährdung, bei massiver Vernachlässigung oder bei Verdacht auf körperliche, psychische oder sexuelle Misshandlung. Zudem gibt es unterschiedliche Ermächtigungsnormen im kantonalen Gesundheitsrecht. Da die KESB auch beratende Funktion hat, ist eine anonyme Fallberatung möglich (z. B. KESB Bern, 2017). Nach Art. 364 StGB sind Personen, die an das Berufsgeheimnis gebunden sind, ohne vorherige Entbindung ermächtigt, der KESB Meldung zu machen, wenn an einer minderjährigen Person eine

strafbare Handlung begangen worden ist. In verschiedenen Kantonen (VD, GE, JU, ZG, GR, LU, OW, AR) ist darüber hinaus die Meldepflicht schutzbedürftiger Personen bei der KESB (Art. 443, Abs. 2 ZGB) auf Hebammen (und Fachpersonen weiterer Professionen) explizit ausgeweitet worden. Bei den anderen Kantonen wird bei der Meldepflicht hilfsbedürftiger Personen zwischen Erwachsenen und Kindern unterschieden (Affholter, 2013).

2.3 Kompetenzprofil von Hebammen im psychosozialen Betreuungskontext

Die detaillierteren Beschreibungen der Kompetenzprofile der Hochschulen geben Aufschluss über das Spektrum sowie die Konzepte der Hebammentätigkeit. Die Kompetenzen sind innerhalb verschiedener Rollen – Expertin, Kommunikatorin, Teamworkerin, Managerin, Health Advocat, Lernende und Lehrende, Professionsangehörige – definiert (ZHAW, 2017).

Ein besonderer Fokus wird auf die Ausbildung kommunikativer Kompetenzen gelegt. Neben der Vermittlung einer empathischen und personenzentrierten Beratung werden Konzepte zur gemeinsamen oder informierten Entscheidungsfindung sowie zur Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Frauen und Familien vermittelt. Evidenzbasierte Hebammenarbeit berücksichtigt neben den aktuellen Erkenntnissen gleichwertig die Lebenssituation der Frau sowie ihre Wünsche und Präferenzen. Zur Sicherung des Verständnisses von Informationen und Beratungsinhalten werden eine situationsgerechte Anwendung von Kommunikationstechniken und der Umgang mit Bildern oder Dolmetscherdiensten vermittelt.

Zu den Kompetenzen in der Rolle der Teamworkerin gehört eine konstruktive Zusammenarbeit mit Berufsangehörigen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen am gemeinsamen Ziel, Frauen und deren Familien optimal zu versorgen. Das Erkennen und Gestalten von Schnittstellen stellt in diesem Kontext ein wichtiges Element dar, das aktive Vernetzung und Koordination der Versorgung beinhaltet. Dazu gehört auch, die entsprechenden logistischen, finanziellen und administrativen Ressourcen zu leiten und zu organisieren sowie die Beteiligung an gesundheitsfördernden und präventiven Programmen zu vermitteln.

In der Rolle der Health Advocate engagieren sich Hebammen für eine frauen-, kinder- und familiengerechte Gesundheitsförderung und Prävention, welche die soziokulturelle Lebenswelt der Familien berücksichtigt. Sie nutzen ihre Einflussmöglichkeiten, um die Frau und ihre Familie zu stärken und zu befähigen, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

2.4 Aufsuchende postpartale Betreuung in Familien

Die ambulante Wochenbettbetreuung durch Hebammen präsentiert sich als ein komplexes Handlungsfeld in einer wichtigen Lebensphase von Frauen und Familien (Simon, Schnepf & Sayn-Wittgenstein, 2017). Die sukzessive Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer nach der Geburt auf drei bis vier Tage führt dazu, dass Frauen und ihre Neugeborenen zu einem vulnerablen Zeitpunkt nach Hause entlassen werden. Die Rückbildungs- und Wundheilungsprozesse befinden sich im Anfangsstadium, ebenso die Milchbildung. Das Kind hat möglicherweise nach dem nachgeburtlichen Gewichtsverlust das Geburtsgewicht noch nicht wieder erreicht. Die Beobachtung dieser und anderer körperlicher Veränderungen, die emotionale Unterstützung der Frau und ggf. ihres Partners sowie die Begleitung von Frauen während der Stillzeit gehören zum Aufgabenbereich von Hebammen (Cattrell, Lavender, Wallymahmed, Kondon & Riley, 2005). Neben den traditionellen Aufgaben, die stärker im physischen Bereich verortet sind, werden weitere Anforderungen von Seiten der Frauen und Familien an die Hebammen gerichtet (Larkin, 2014). Die Aufgaben in der Gesundheitsförderung und Prävention nehmen einen wachsenden Anteil ein. So werden Hebammen mit spezifischen Fragen zu Neugeborenen screenings, Impfungen und Prävention des plötzlichen Kindstods befragt. Auch der Bedarf an Beratung und Unterstützung für die Bewältigung emotionaler und sozialer Probleme werden an Hebammen herangetragen (Larkin 2014; Simon, 2017; Erdin, Iljuschin et al., 2017). Ein weiterer zentraler Bestandteil der Betreuung ist die Aufarbeitung der Geburtserfahrungen und der unerwarteten Erfahrungen zu Beginn einer neuen Lebenssituation (Simon, 2017). Hebammen werden von befragten Frauen als freundliche, verständnisvolle Ansprechpartnerinnen wahrgenommen, die einen respektvollen Umgang mit Müttern im Wochenbett gewährleisten (Meier Magistretti et al., 2014).

Die Lebensumstände der Frau beeinflussen die Mutterschaft und die Entwicklung der Rolle der beiden Elternteile (Perrenoud, 2015). Die Fähigkeit der Frau, eine nährnde Beziehung aufzubauen, hängt zu einem grossen Teil vom eigenen emotionalen Wohlbefinden ab. Eine regelmässige Einschätzung des emotionalen Wohlbefindens der Frau und deren Auswirkungen auf ihre Bindung an ihr Baby können zu einer frühzeitigen Erkennung von Problemen führen. Eine entsprechende Einschätzung wird für jeden postpartalen Kontakt empfohlen (NICE, 2017).

Durch die aufsuchende Betreuung sind die Lebensbedingungen mit allen Sinnen erfahrbar. Hebammen sind dabei mit einer Fülle von Informationen konfrontiert, die im Spital nicht oder weniger deutlich wahrnehmbar sind (Perrenoud, 2015).

Der steigende Informations- und Beratungsbedarf von Frauen zu postpartalen körperlichen Umstellungsprozessen, Mutterschaft, Stillen sowie zum Leben mit dem Kind kann zum Teil darauf zurückgeführt werden, dass Frauen nach der Geburt heute seltener als in anderen Generationen auf familiäre Unterstützung zurückgreifen können. Hebammen stehen auch hier einem wachsenden Betreuungsbedarf gegenüber (Simon, 2017). Auch der steigende Einfluss von sozialen Medien, Ratschlägen von Peersgruppen und Familienmitgliedern sowie der Wunsch, einem perfekten Image von Mutterschaft und Familie zu entsprechen, führt dazu, dass Frauen unrealistische Erwartungen entwickeln und Hebammen damit konfrontieren.

Mit ihrem Wissen um diese gesellschaftlichen Einflüsse sowie mit ihrer Beratung und Unterstützung unter Anwendung individueller Strategien zeigt sich, dass Hebammen eine wichtige Rolle in der öffentlichen Gesundheitsversorgung bekleiden (Simon, 2017).

3 Netzwerkarbeit im Gesundheits- und Sozialbereich

Im Folgenden werden die Begriffe „Netzwerk“ und „Vernetzung“ im Gesundheits- und Sozialbereich erläutert und definiert. Aus der internationalen Fachliteratur werden dazu Eigenschaften und Qualitätsmerkmale von Netzwerken abgeleitet, die sich als relevant für eine gelingende Zusammenarbeit von Fachpersonen erwiesen haben. Des Weiteren wird der Frage nach der Vernetzung von Hebammen in der Schweiz nachgegangen.

3.1 Begriffsklärung und Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit von Netzwerken

In der internationalen Fachliteratur begegnet man einer Vielfalt von Schlagwörtern zum Thema Netzwerke, z. B. *Interdisziplinarität*, *interdisziplinäre Zusammenarbeit*, *interdisziplinäre Kooperation*, *Vernetzung*, *Network(ing)*, *interprofessional collaboration*, *Frühe Förderung* und *Frühe Hilfen*. Einige der Begriffe werden in der Literatur entweder synonymisch genutzt oder aber differenziert betrachtet. Im Folgenden werden die Begriffe definiert. Zudem werden förderliche und hinderliche Aspekte beschrieben.

3.1.1 Allgemeines

Netzwerke können von verschiedenen Perspektiven aus betrachtet werden. Bei der Frage, wie ein Netzwerk aufgebaut ist, und wie die Arbeit im Netzwerk geregelt ist, spricht man von strukturellen Eigenschaften der Netzwerke. Bei der Frage, wie die Teilnehmer/-innen der Netzwerke zusammenarbeiten, spricht man von Prozessen und Abläufen in den Netzwerken. Bei der Frage, ob ein Netzwerk für die Zielgruppen etwas bringt, spricht man von dessen Wirksamkeit. Laut einem Review können Netzwerke ihre Wirksamkeit auf drei Ebenen zeigen: *client level*, *overall community level* sowie *network performance level* (Turrini, Cristofoli, Frosini, & Nasi, 2010). Im Zusammenhang mit der Wirksamkeit von Netzwerken wurden Einflussfaktoren auf die Erreichbarkeit der Zielgruppen, das Erkennen des Unterstützungsbedarfs sowie Strategien zur Motivierung von Eltern, Hilfe anzunehmen untersucht (Renner & Heimeshoff, 2014).

Bei einer genaueren Betrachtung des Begriffs Vernetzung lässt sich feststellen, dass zwischen der Kooperation im engeren Sinne und der Vernetzung im weitesten Sinne unterschieden werden kann. Auch

der Begriff *Collaboration* ist in diesem Kontext anzutreffen. Petri (2010) definiert *Collaboration* als eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit bestimmten Charakteristika:

«(...) an interpersonal process characterized by healthcare professionals from multiple disciplines with shared objectives, decision-making, responsibility, and power working together to solve patient care problems; the process is best attained through an interprofessional education that promotes an atmosphere of mutual trust and respect, effective and open communication, and awareness and acceptance of the roles, skills, and responsibilities of the participating disciplines.» (Petri, 2010, S. 79).

Collaboration oder Zusammenarbeit kann vielfältige Formen annehmen, die auf einem Kontinuum zwischen Koexistenz und Ad-hoc-Kommunikation bis zu formal koordinierter Zusammenarbeit liegen (Axelsson & Axelsson 2006). Im engeren Sinne wird unter *Vernetzung* (networking) eine interdisziplinäre Kooperation zwischen Fachleuten verstanden, wobei das gemeinsame Handeln zeitlich befristet sein kann. Die *Kooperation* umfasst sowohl kommunikative Verständigungsprozesse als auch den Aufbau und Erhalt ermöglichender Strukturen (NZFH, 2014). Im weitesten Sinne werden unter Vernetzung längerfristige Kontakte zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen verstanden, die aktiv miteinander zusammenarbeiten. Kontakte müssen regelmässig gepflegt und intensiviert werden, um die Stabilität des Netzwerks aufrechterhalten zu können (Turrini et al., 2010). Gemein ist den Begriffen, dass Netzwerke kein Selbstzweck sind, sondern ein Instrument zur Erreichung von Zielen auf einer sekundären Ebene: Netzwerke haben die Aufgabe, Prozesse in der Begleitung von Familien zu organisieren (Spieckermann & Schubert, 2009).

3.1.2 Qualitätsmerkmale von Netzwerken

Über förderliche und hinderliche Faktoren von gelingender Netzwerkarbeit existiert ein breites Wissen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit scheint ein wichtiger Faktor zur Verbesserung der Kontinuität der Betreuung zu sein. Gefördert werden dadurch eine frühe Erreichbarkeit, ein frühzeitiges Erkennen von Risikofaktoren und die Vermittlung von passgenauen Hilfen. Im Folgenden werden Faktoren, welche die Qualität der Zusammenarbeit von Fachpersonen aus unterschiedlichen Disziplinen fördern bzw. hindern können, stichwortartig dargestellt. Diese Auflistung stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern bietet eine Übersicht über mögliche Einflussfaktoren.

Als förderliche Faktoren werden erachtet:

- Interdisziplinäre Aus- und Weiterbildung zur Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses über die Betreuung von Familien mit besonderen Bedürfnissen (Reeves, Perrier, Goldmann, Freeth, & Zwarenstein, 2013)
- Interdisziplinäre Moduleinheiten in der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen zur Sensibilisierung für Besonderheiten der interdisziplinären Zusammenarbeit (Murray-Davis, Marshall, & Gordon, 2014; Pollard, Miers, & Rickaby, 2012)
- Interdisziplinäre Weiterbildungsveranstaltungen (Ayerle, Mattern, & Fleischer, 2014; Murray-Davis, Marshall, & Gordon, 2011; Schölmerich et al., 2014)
- Netzwerkkonferenzen (NZFH, 2014)
- Gemeinsam erarbeitete Ziele (EKM, 2009; NZFH, 2014; Posthumus, Schölmerich, Waelput, Vos, De Jong-Potjer et al., 2013)
- Passgenauigkeit einer Hilfe (Renner & Heimeshoff, 2014; Ziegenhain et al., 2007) und bedarfsgerechte Angebote (EKM, 2009)
- Nutzung von Screening-Instrumenten, um psychosoziale Risikolagen frühzeitig zu erkennen (Renner & Heimeshoff, 2014; Ziegenhain et al., 2007)
- Klarheit der Entscheidungswege und Verfahrensabläufe (NZFH, 2014)
- Kenntnis der Fachpersonen von vorhandenen Angeboten in der Wohnumgebung der Familie (Shaw, 2013)

- Kenntnis der Zuständigkeiten und Rollen von anderen Fachpersonen im Frühbereich (Munro et al., 2013; Murray-Davis et al., 2011; NZFH, 2014; Singleton & Furber, 2014)
- Positive Einstellungen der Fachpersonen, dass Familien von weiteren Versorgungs- und Unterstützungsangeboten des Netzwerks profitieren können (Barimani & Hylander, 2008)
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen (Beasley, Ford, Tracy, & Welsh, 2012; Schölmerich et al., 2014) und Kommunikationsprozesse über die Versorgung der Familien (Barimani & Hylander, 2008; Posthumus et al., 2013; Shaw, 2013)
- Koordinierung der Netzwerke, z.B. durch eine Steuerungsgruppe (Hafen, 2013; NZFH, 2014)
- Gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung gegenüber anderen Berufsgruppen (Munro et al., 2013; Reiger & Lane, 2009)
- Einbindung von Arbeitsgruppen und von Netzwerken angrenzender Themenbereiche (NZFH, 2014)

Neben den zahlreichen förderlichen und stärkenden Faktoren werden auch hinderliche Faktoren in Untersuchungen identifiziert. Dazu gehören:

- Negative Einstellungen gegenüber anderen Berufspraktiken (Munro, Kornelsen, & Grzybowski, 2013)
- Unterschiedliche Sichtweisen auf die pränatale Gesundheit (Schölmerich et al., 2014)
- Unsicherheiten bezüglich Rollen und Zuständigkeiten anderer Fachpersonen (Munro et al., 2013)
- Unterschiede in Berufspraktiken (Munro et al., 2013)
- Lohnunterschiede (Munro et al., 2013)
- Mangelhafte interprofessionelle Kommunikation über die betreuten Frauen und Familien (Schölmerich et al., 2014; Shaw, 2013)
- Mangel an formellen, unterstützenden Strukturen (Munro et al., 2013)
- Fragmentierung von Organisationsstrukturen (Schölmerich et al., 2014).

3.2 Peripartale Betreuung und Vernetzung

Peripartale Betreuung und Vernetzung im internationalen Kontext

Die Wissensvermittlung und Unterstützung durch Fachpersonen liefert einen wichtigen Beitrag in der Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung. Die frühen Interventionen, welche Fachpersonen in der Betreuung schwangerer Frauen und Familien einsetzen, können sich verschiedenen Themenbereichen widmen: dem Rauchen während der Schwangerschaft, der Pflege des Neugeborenen, dem Füttern oder anderen präventiven Massnahmen in Bezug auf kindliche Entwicklung und kindliches Verhalten sowie die Eltern-Kind-Interaktion. In der internationalen wissenschaftlichen Literatur lassen sich Hinweise darauf finden, dass insbesondere frühe Interventionen positive Effekte auf elterliches Verhalten und kindliche Entwicklung haben. So konnten frühe Interventionen, die schwangeren Frauen halfen den Tabakkonsum zu reduzieren, die Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburt sowie die Wahrscheinlichkeit für ein zu niedriges Geburtsgewicht verringern (Lumley et al., 2009). Die frühzeitige Unterstützung der Eltern bezüglich des frühkindlichen Schlafverhaltens scheint die nächtliche Schlafzeit des Kindes zu erhöhen. Die Wissensvermittlung über das Verhalten eines Säuglings durch die Fachpersonen scheint das mütterliche Wissen positiv zu beeinflussen (Bryanton, Beck, & Montelpare, 2013).

Die frühen Interventionen scheinen somit einen Nutzen für die jungen Familien zu bringen. Doch ist auch bekannt, dass universelle Ansätze zur Erreichung und Betreuung der Familien in schwierigen Lebenslagen nicht ausreichend sind. Selektive Programme und niedrigschwellige Programme zur Stärkung elterlicher Kompetenzen sind wirksamer als allgemeine Ansätze (Beelmann, 2006; WHO, 2013). Die Komplexität von familiären Situationen lässt sich nur durch eine klare und verbindliche Zusammenarbeit von Fachpersonen aus verschiedenen Disziplinen umfassend berücksichtigen (Hafen, 2014; Renner, 2010; Ziegenhain et al., 2010).

Im internationalen Kontext wurden Ansätze etabliert, wie beispielsweise die Netzwerke der Frühen Hilfe in Deutschland, die durch ein koordiniertes Vorgehen von Fachpersonen aus dem Frühbereich und individuell zugeschnittene Unterstützungsmassnahmen eine Verbesserung der Betreuung vulnerabler Gruppen erzielen. Ein wichtiger Bestandteil dieser Netzwerke sind niedrigschwellige, aufsuchende Ansätze bei Familien mit mittleren bis starken sozialen Belastungen (Ayerle, Makowsky, & Schucking, 2012). Hierbei kommen Familienhebammen zusammen mit Fachkräften aus der Kinderkrankenpflege und aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich als Familienbegleiter/in, Hausbesucher/in oder Elterntrainer/in zum Einsatz. Familienhebammen sind Hebammen mit spezifischer Weiterbildung. Sie arbeiten anhand von speziell entwickelten Curricula und betreuen sozial belastete Familien über einen längeren Zeitraum (Ayerle, 2012). Die Zusammenarbeit dieser Akteure folgt definierten Zielen. Zum einen soll die kindliche Entwicklung über die Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenzen gefördert werden (Ayerle, 2012; Kurtz, Brand, & Jungmann, 2010). Zum anderen gilt die Aufmerksamkeit dem präventiven Kinderschutz.

Beispielsweise können hier erwähnt werden: Das in den USA entstandene Programm „Nurse Family Partnership“, welches in Deutschland bereits ab der Schwangerschaft unter dem Namen „Pro Kind“ implementiert wird (Kurtz et al., 2010), und das in den USA entwickelte Programm „Parents as Teachers“. Letzteres wurde in Deutschland¹ und in der Schweiz als „PAT – Mit Eltern Lernen“ an verschiedenen Orten verstetigt, zudem wird es über die Interventionsstudie „ZEPPELIN“² evaluiert.

Trotz einer Fülle an interdisziplinären Ansätzen zeigen Studien, dass Hebammen noch zu wenig in Netzwerke im Frühbereich eingebunden sind.

Eine deutsche Studie von Renner (2010) zeigt, dass in Pilotprojekten zum Programm der Frühen Hilfen freiberufliche Hebammen von anderen Berufsgruppen als wichtige Kooperationspartnerinnen hinsichtlich des Zugangs zu hoch belasteten Familien wahrgenommen werden. Eine dauerhafte Kooperation mit den Hebammen wird durch andere Berufsgruppen allgemein als sehr realistisch bewertet. Die Studie von Sann und Landua (2010) kommt zu ähnlichen Ergebnissen: Hebammen werden als wichtige Kooperationspartnerinnen der Jugendämter und der Gesundheitsämter in den Netzwerken der Frühen Hilfen eingeschätzt. Obwohl einerseits die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und den genannten Akteuren als wichtig bewertet wird, lassen sich laut Ergebnissen andererseits Mängel im Hinblick auf die Qualität der Zusammenarbeit feststellen.

Im Rahmen der Implementierung und der Evaluation des Vernetzungs- und Interventionsprojektes „Guter Start ins Kinderleben“ in Deutschland wurden interdisziplinäre Netzwerke zu Beginn und zu Ende des Pilotprojektes untersucht (Künster, Knorr, Fegert, & Ziegenhain, 2010; Künster, Schöllhorn, Knorr, Fegert, & Ziegenhain, 2010; Ziegenhain et al., 2010). Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass Frauenärzte/-innen und Geburtskliniken die häufigsten Netzwerkpartner/-innen von Hebammen sind. In geringem Umfang finden auch Kontakte oder Vermittlungen mit Kinderärzte/-innen, Hausärzte/-innen und Mitarbeitenden von Jugendämtern statt. Im Vergleich zu anderen Fachpersonen ist die Berufsgruppe der Hebammen durch eine relativ geringe Vermittlungsaktivität gekennzeichnet (Künster, Knorr, et al., 2010). Allgemein stellen Künster et al. fest, dass Kontakte zwischen Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen im Durchschnitt intensiver sind als Kontakte zwischen dem Gesundheitsbereich und der Jugendhilfe sowie innerhalb der Jugendhilfe. Nach zwei Jahren der Projektlaufzeit haben sich Kontakte an den Schnittstellen etwas verbessert. Ziegenhain et al. (2010) halten fest, dass nicht alle relevanten Berufsgruppen oder Institutionen, welche Familien rund um die Geburt betreuen, im Rahmen der Fallarbeit oder fallübergreifend in Kontakt stehen.

Ayerle et al. (2014) untersuchte die Einstellungen der freipraktizierenden Hebammen in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Netzwerken Früher Hilfen in Deutschland: Familienhebammen, Jugendamt, allgemeiner Sozialer Dienst, diverse Beratungsstellen und ähnliche Akteure werden von befragten Hebammen als mitverantwortlich für Familien in Problemlagen betrachtet und stellen potentielle Netzwerkpartner/-innen für ihre Arbeit dar. Eine weitere Studie aus Deutschland kommt zum Ergebnis, dass Hebammen sich hauptsächlich mit Kinderärzten/-innen, Gynäkologen/-innen und Kliniken vernetzen (Brand

¹ <http://www.pat-mitelternlernen.org/>

² <http://www.zeppelin-hfh.ch/>

& Jungmann, 2010). Ihre Vermittlungsaktivität ist vergleichsweise gering. Eine Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus dem Jugendhilfebereich kommt fast überhaupt nicht vor. Bei der Frage, wie häufig andere Berufsgruppen Familien an die Hebammen vermitteln, zeigte sich, dass Gynäkologen/-innen häufig und Kinderärzte/-innen manchmal den Familien empfehlen, sich an Hebammen zu wenden. Obwohl Kliniken zum Kontaktnetzwerk der Hebammen gehören, werden solche Weitervermittlungen beiderseits nicht gemacht (Brand, Kurtz, & Jungmann, 2012). Aus den Ergebnissen der Untersuchungen lässt sich schliessen, dass eine aktive, stärkere Einbindung von Hebammen in interdisziplinäre Netzwerke sinnvoll erscheint.

Peripartale Betreuung und Vernetzung in der Schweiz

Im Bereich der familienunterstützenden allgemeinen Frühen Förderung rund um die Geburt sind in der Schweiz zahlreiche Angebote vorhanden. Für diesen Bereich werden Familien neben Hebammen häufig auch durch Mütter- und Väterberaterinnen begleitet. Die professionelle Unterstützung durch eine Mütter- und Väterberaterin ist für jede dritte Frau von grosser Bedeutung (Meier Magistretti et al., 2014). Dieses Angebot hat in der Schweiz eine lange Tradition und steht den Familien fast flächendeckend kostenlos zur Verfügung. Entsprechend dem Konzept der Frühen Förderung des Kantons Bern steht im Zentrum der Dienstleistungen von Mütter- und Väterberaterinnen die Förderung der Gesundheit von Kindern zwischen 0 und 5 Jahren (Früherkennung und Prävention von Auffälligkeiten). Zudem werden die Eltern in ihrem Rollenverständnis als Mutter oder Vater unterstützt, die Eltern-Kind-Beziehung wird gefördert und, falls notwendig, werden die Eltern an weitere Beratungsstellen überwiesen (GEF, 2012). Eine Situationsanalyse von Angeboten der Frühen Förderung in kleinen und mittleren Städten der Schweiz zeigt auf, dass fast ohne Ausnahme die an der Studie teilnehmenden Gemeinden über ein Angebot der Mütter- und Väterberatung verfügen (Stern, Tassinari, Walther, North, & Iten, 2012). Im Gegensatz zu den aufsuchenden Wochenbettbesuchen durch freipraktizierende Hebammen (Meier Magistretti et al., 2014), wird die Beratung meistens in einer Mütter- und Väterberatungsstelle durchgeführt. Lediglich in rund einem Viertel der Gemeinden wird das Angebot der Mütter- und Väterberatung durch ein Hausbesuchsprogramm für sozial benachteiligte Familien ergänzt, welches durch Mütter- und Väterberaterinnen oder durch fachlich angeleitete Laien-Hausbesucherinnen in der Praxis umgesetzt wird (Stern et al., 2012).

Sowohl Hebammen als auch Mütter- und Väterberaterinnen sind wichtige Ansprechpartnerinnen für Familien rund um das Elternwerden. Beide Berufsgruppen betreuen die Familien in einer sehr frühen sensiblen Phase. Die Art des Zugangs zu beiden Berufsgruppen lässt sich den universellen Ansätzen zuordnen, bei denen die Eigeninitiative der Familien, Angebote in Anspruch zu nehmen, entscheidend ist. Zu den Aufgaben beider Berufsgruppen gehört Prävention und Stärkung der Elternkompetenzen im Hinblick auf die Kindergesundheit. Die Zusammenarbeit zwischen beiden Berufsgruppen zum Zeitpunkt rund um die Geburt ist insbesondere in Bezug auf die Erreichung von belasteten Familien und die Kontinuität der Betreuung als sehr wichtig zu bewerten.

3.3 Netzwerke in Bereich der Frühen Förderung in der Schweiz

Zunehmend werden in der Schweiz interdisziplinäre Netzwerke im Hinblick auf zielgruppenspezifische Betreuung und Stärkung der Elternkompetenzen beschrieben, in welche Hebammen eingebunden sind.

Im Jahr 2009 verfügte laut einer Umfrage der Eidgenössischen Kommission für Migrationsfragen nur ein geringer Anteil der Kantone und Gemeinden über ein Gesamt- oder ein Teilkonzept koordinierter Massnahmen zur Frühen Förderung für Kinder direkt nach der Geburt (EKM, 2009). Leuchtturmprojekte wurden in den Städten Bern, Basel, Winterthur und Zürich sowie in den Kantonen Baselland, Schaffhausen, Luzern, St. Gallen und Freiburg entwickelt, umgesetzt und zum Teil evaluiert. Themenschwerpunkte sowie Ziele und Massnahmen der Projekte variieren stark. Der Variationsreichtum wird anhand von zwei Konzepten dargestellt:

Frühe Förderung Bern

Anhand des Konzepts der Frühen Förderung im Kanton Bern lässt sich die modellhafte Einbindung der Hebammen in interdisziplinäre Netzwerke in der Schweiz veranschaulichen. Hebammen werden als wichtige Akteurinnen im Frühbereich angesehen. Sie stellen auf Grundlage regelmässiger Hausbesuche einen direkteren Bezug zur alltäglichen Lebenswelt der Familie her, begleiten sie jedoch während einer kürzeren Zeitspanne als Mütter- und Väterberaterinnen oder Kinderärzte/-innen. Um Hebammen stärker in die Massnahmen der Früherkennung und der Frühen Förderung zu integrieren, wurden Ziele formuliert: Die Früherkennung von Familien in belasteten Lebenssituationen soll verbessert werden und die Schnittstellen beim Übergang besser begleitet werden. Die gemeinsame Koordination der Betreuung mit der Mütter- und Väterberatung ist ein wichtiges Anliegen im Konzept. Ausserdem ist die Vernetzung auf weitere Akteure im Frühbereich auszudehnen – insbesondere Kinderärzte/-innen sollen ebenfalls integriert werden. Um die Vernetzung von Fachpersonen voranzutreiben, werden z. B. Vernetzungstreffen angeboten (GEF, 2012).

Familystart beider Basel und Familystart Zürich

Die Vereine Familystart beider Basel und Familystart Zürich stellen Netzwerke dar, die in enger Kooperation mit regionalen Spitälern allen Frauen eine Hebammenbetreuung im Wochenbett nach dem Austritt aus dem Spital vermitteln und die die Vernetzung von Fachpersonen und Fachstellen für eine umfassende Versorgung von Familien nach der Geburt fördern.

Familystart beider Basel wurde 2012 gegründet. Mit dem Hebammen-Netzwerk wird durch eine koordinierte Zusammenarbeit von Kliniken, Hebammen, Mütter- und Väterberaterinnen, ärztlichen Diensten und weiteren Fachpersonen eine nahtlose Betreuung von Frauen nach der Spitalentlassung sichergestellt. Über das Netzwerk wird zudem die Vernetzung von Fachleuten im Hinblick auf Versorgung von Frauen und Neugeborenen verbessert. Eine 12-Stunden-Helpline rundet die Leistungen ab. Wenn die sprachliche Verständigung zwischen Frau und Hebamme schwierig sein sollte, kann der nationale Telefon-Dolmetscherdienst hinzugezogen werden. Die erste Evaluation von Familystart beider Basel zeigte positive Ergebnisse auf: Zirka jede dritte Familie mit einem Neugeborenen (bezogen auf etwa 3000 Geburten), liess sich in Basel über das Familystart-Netzwerk etwa ein Tag vor Spitalaustritt an eine Hebamme vermitteln. In der Mehrheit der Fälle hatten Frauen selbst noch keine Hebamme organisiert. In jedem siebten Fall war die Verständigung bei der Hebammenvermittlung erschwert (Späth, Kurth, & Zemp Stutz, 2014). Die vorliegende Evaluation liefert erste Hinweise auf verbesserte Zusammenarbeit aus der Sicht der freipraktizierenden Hebammen: Hebammen sind nach Abschluss des ersten Betriebsjahres mit Fachinformationen für die Nachbetreuung beim Austritt der Familie aus der Geburtsklinik deutlich zufriedener. Im Jahr 2014 erhielt das Basler Netzwerk einen Förderpreis für integrierte Versorgung.

Der Verein Familystart Zürich wurde 2015 gegründet. Inzwischen sind 130 Hebammen Mitglied im Netzwerk, das im Jahr 2016 3'108 schwangere Frauen und Wöchnerinnen an eine Hebamme oder eine Pflegefachfrau für die ambulante Betreuung nach dem Spitalaustritt vermittelte und ein 24-Stunden-Beratungstelefon anbietet. Um die vorhandenen Ressourcen bei der Vermittlung besser nutzen zu können, wurde eine App entwickelt, mit der sich Frauen eine Hebamme in ihrer Nähe aussuchen können. Zudem wurden neue Arbeitsmodelle implementiert, mit denen Hebammen-Teams in geregelten Arbeitszeiten 365 Tage im Jahr abdecken können. Erste Ergebnisse der aktuellen Evaluation von Familystart Zürich zeigen, dass Frauen mit ausländischer Nationalität, niedrigem Bildungsstand, Alleinerziehende aber auch Frauen nach Kaiserschnitt erreicht und von einer Hebamme nachbetreut werden. Um die Wirksamkeit des Netzwerks auf Frauen- und Kindergesundheit nach Abschluss der Betreuung zu überprüfen, ist weitere Forschung notwendig. Ausserdem bleibt unklar, inwiefern die Hebammen die Familien nach Abschluss der Hebammenbetreuung beim erkannten Bedarf an weitere Angebote vermitteln.

„Guter Start ins Kinderleben“ Thurgau

Netzwerke sind auch dann nützlich, wenn den Fachpersonen für spezifische Arbeitsbereiche schriftliche Unterlagen zur Verfügung gestellt werden. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang das aus Deutschland stammende, interdisziplinäre Interventions- und Vernetzungsprojekt „Guter Start ins Kinderleben“, das auch

im Kanton Thurgau umgesetzt wird (Kanton Thurgau, 2013, 2015). In diesem Projekt wird die Zusammenarbeit von verschiedenen Fachpersonen im Frühbereich im Hinblick auf präventiven Kinderschutz initiiert und gefördert. Über jährliche Netzwerktreffen werden Fachleute verschiedener Professionen vernetzt und ausgewählte Themen vertieft. Regelmässige Intervisionstreffen dienen der strukturierten Bearbeitung gesammelter Fälle aus der Praxis. Neben dem Ziel der Vernetzung sollen die entwickelten Instrumente (Screening-Fragebogen, Ampelsystem, Entscheidungsbaum) zur flächendeckenden Nutzung und zur Förderung geregelter Absprachen und Verfahrenswege zwischen den Kooperierenden Institutionen des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesens verbreitet werden. Auch Pflege und Weiterentwicklung der Netzwerke sind im Konzept verankert. Zudem werden jährlich Tagungen für Fachleute im Bereich Frühe Förderung durchgeführt. Zurzeit liegen Ergebnisse von zwei Evaluationen vor, an denen sich Fachpersonen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen, darunter acht Hebammen, beteiligt haben. Runde Tische und schriftliche Arbeitsunterlagen wurden von den Befragten als besonders hilfreich empfunden. Schriftliche Arbeitsunterlagen wie Entscheidungsdokumentation bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, Risiko-Screening, Kontaktdaten zu anderen Institutionen, Notfallflyer für Eltern, usw. sowie die Homepage des Projektes wurden von befragten Fachpersonen am häufigsten genutzt. Einerseits zeigen die Ergebnisse, dass die Sensibilität der Fachpersonen auf die Thematik der Vernetzung erhöht wurde, andererseits, dass sich noch keine konkreten Veränderungen im praktischen Alltag messen lassen, weil das Netzwerk seine Wirkung erst mit der Zeit entfalten könnte (Kanton Thurgau, 2014).

Nutzung von Netzwerken von Hebammen

Hinweise zur Nutzung von Netzwerken ergeben sich aus einer jährlichen Tätigkeitserfassung des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV), die unter anderem Daten zur Vermittlungstätigkeit der freipraktizierenden Hebammen beinhaltet. In 10.5 Prozent aller durch die Hebammen erfassten Fälle im Jahr 2016 erfolgte eine Vermittlung der Frau oder Familie an andere Fachpersonen. Darunter waren in absteigender Reihenfolge Fachpersonen für Osteopathie (3.7 %), Gynäkologie / Geburtshilfe (3.4 %), Pädiatrie (1.8 %), Craniosacral Therapie (1.2 %), Psychologie / Psychiatrie (0.7 %), Akupunktur / Chinesische Medizin (0.5 %), andere Fachärzte (0.5 %), Homöopathie (0.5 %), Sozialberatung (0.4 %) und andere (0.9 %) (Erdin, Iljuschin et al., 2017). Die Daten lassen keine Aussagen über die Qualität oder Wechselseitigkeit der Zusammenarbeit zu. In einer Sekundäranalyse der jährlichen Tätigkeitserfassung des SHV wurden die Häufigkeiten der dort dokumentierten psychosozialen Risikofaktoren für die Entwicklung des Kindes aus dem Jahr 2014 untersucht und mit anderen Datenquellen, vor allem des Bundesamtes für Statistik, verglichen (Erdin, Iljuschin et al., 2017). Die Hebammen dokumentierten bei drei Viertel der Familien keinen, bei 18.6 % einen, bei 4.6 % zwei und bei zirka 1.7 %, das entspricht knapp 1'000 Frauen, drei und mehr Risikofaktoren, wie junge oder alleinstehende Mutter, geringe Bildung, Arbeitslosigkeit, Früh- und Mehrlingsgeburt, Isolation, finanzielle Sorgen, mütterliche Erkrankung oder Substanzabusus. Im Vergleich zu den Referenzdaten zu junger Mutter, geringe Bildung oder Arbeitslosigkeit der Mutter, Früh- und Mehrlingsgeburt zeigt sich ein hoher Grad an Übereinstimmung in der Dokumentation der Hebammen. Finanzielle Sorgen, alleziehende Frauen und ante- oder postpartale Depression werden deutlich weniger häufig von den Hebammen dokumentiert. In der Referenzquelle (O'Hara & Swain, 1996) wird eine Rate von 13 % für die postpartale Depression angegeben, die Hebammen hatten sie in 2.57 Prozent der Fälle angegeben. Für die selten dokumentierten Risikofaktoren Belastungen durch Migration, Substanzabusus, häusliche Gewalt und schwerwiegende kindliche Erkrankung konnten keine Referenzangaben herangezogen werden. Differenzierende Analysen zeigen auf, dass Frauen mit keinem oder einem Risikofaktor in etwa gleich häufig zu anderen Fachpersonen vermittelt worden sind (12.2/12.9 %). Die Vermittlungshäufigkeit für Frauen mit mehreren dokumentierten Risiken war mit 19.5 Prozent deutlich höher. Diese belasteten Frauen wurden häufiger zu Fachpersonen der Gynäkologie, Pädiatrie, Psychologie / Psychiatrie und anderen medizinischen Disziplinen sowie einem sozialen Dienst vermittelt. Diese Ergebnisse zeigen, dass Hebammen nicht nur psychosoziale Risiken feststellen, sondern ebenfalls einen speziellen Bedarf nach weiterer Diagnose, Betreuung oder Therapie einschätzen und eine Vermittlung einleiten.

3.4 Problembeschreibung und Forschungsfragen

Auf Basis der sozial-, gesundheits- und bildungspolitischen Weichenstellungen wurden über die letzten zehn Jahre zahlreiche Strategien und Konzepte zur Frühen Förderung von Kindern entwickelt. Das Nationale Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut wird getragen, gefördert und umgesetzt von allen politischen Ebenen; vom Bund über die Kantone, Städte und Gemeinden bis zu Sozialpartnern und den einzelnen Akteuren des Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesens. Für den frühen Förderungszeitpunkt zwischen Null und einem Jahr, in dem Hebammen agieren, gibt es zahlreiche und kantonale unterschiedliche Angebote und Konzepte. Neben dem Aufbau niedrigschwelliger und qualitativ hochwertiger allgemeiner als auch spezifischer Angebote von Geburt an kommt der Vernetzung der Angebote und der Akteure der Frühen Förderung eine hohe Relevanz zu (z. B. Kanton St. Gallen, 2015; Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012; GEF 2009).

Evaluationen koordinierter interdisziplinärer Zusammenarbeit in den Netzwerken Früher Hilfen in Deutschland zeigen auf, dass Hebammen von den Akteuren als wichtige Ansprechpartnerinnen und hochrelevante Kooperationspartnerinnen wahrgenommen werden (Ayerle, Mattern, & Fleischer, 2014; Renner, 2010; Sann & Landua, 2010). In der Untersuchung von Renner (2010) wiesen Leiter/innen und Mitarbeiter/innen von Modellprojekten im Bereich Früher Hilfen den Akteuren des Gesundheitswesens, wegen ihres hohen Potenzials nicht stigmatisierend wirkender und von den Familien als unterstützend erlebter Zugangswege, eine besonders hohe Bedeutung in diesem Bereich zu. Ihre Erwartungen an eine Zusammenarbeit sahen sie jedoch nur von den Hebammen weitestgehend erfüllt. Neben der guten Bewertung der Qualität der Zusammenarbeit erwies sich der Aufwand zur Pflege der Kooperation mit ihnen im Vergleich mit den anderen Akteuren des Gesundheitssystems (Gynäkologen, Kinderärzte, Kliniken) am geringsten (Renner, 2010). Die im Allgemeinen gute Ausgangsbasis zur Feststellung des Hilfebedarfs fand ihre Fortsetzung in einem oftmals guten Gelingen, die Familie zur Annahme weiterer Hilfen zu motivieren (Renner, 2010). An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass, im Unterschied zur Schweiz, in Deutschland im Bereich Frühe Hilfen oder Frühe Förderung kein Äquivalent zum Angebot der Mütter- und Väterberatung existiert.

Für die Schweiz lassen sich zurzeit nur wenige Aussagen über die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Hebammen und anderen Fachleuten im Frühbereich machen. Bis auf Konzepte, Evaluationsberichte und Bestandsaufnahmen wurden in der Schweiz keine Forschungsprojekte durchgeführt, die solche interdisziplinären Netzwerke umfassend untersuchen. Laut dem Bericht des Bundesrates zu Gesundheitszustand und Betreuungssituation der Wöchnerinnen zeigt das grundsätzlich gute Betreuungsangebot Schwächen im Hinblick auf eine kontinuierliche Versorgung von sozial benachteiligten Familien (König & Pehlke-Milde, 2010).

- In einigen Regionen der Schweiz wurde der Handlungsbedarf zur Sicherstellung einer Anschlussbetreuung nach der Spitalentlassung für alle Familien erkannt. Im Jahr 2012 nahm das Netzwerk Familystart beider Basel³ seinen Betrieb in Zusammenarbeit mit der Frauenklinik des Basler Universitätsspitals auf. Durch koordinierte Zusammenarbeit von Kliniken, Hebammen, Mütter- und Väterberatung, ärztlichen Diensten und weiteren Fachleuten soll die nahtlose Betreuung von Frauen und Neugeborenen sichergestellt werden. In Zürich nahm 2015 das Netzwerk Familystart Zürich mit einem ähnlichen Angebot seinen Betrieb auf. Erste Auswertungen dieser Projekte zeigen, dass eine kurzfristige und niedrigschwellige Vermittlung einer Hebamme für die Wochenbettbetreuung oder eine Beratung der Familie erreicht werden konnte (in Basel waren es n=1'077 innerhalb eines Jahres). Zirka jede dritte Familie mit einem Neugeborenen (bezogen auf etwa 3000 Geburten), liess sich in Basel über das Familystart-Netzwerk etwa ein Tag vor Spitalaustritt an eine Hebamme vermitteln. In der Mehrheit dieser Fälle hatten die Frauen selbst noch keine Hebamme organisiert. In jedem siebten Fall war die Verständigung bei der Hebammenvermittlung erschwert. In 55 Prozent der Fälle erfolgte durch die Netzwerk-Hebammen eine Weitervermittlung an verschiedene Partner der interdisziplinären Zusammenarbeit (Späth et al., 2014).

³ <http://project.zhaw.ch/de/gesundheit/familystart.html>

Bislang ist in der Schweiz nicht umfassend bekannt, wie gut die Hebammen in die vorhandenen Netzwerke und Konzepte der Frühen Förderung eingebunden sind. Unklar ist auch, wie die Hebammen vernetzt sind, wenn in den jeweiligen Regionen keine institutionalisierten Netzwerke im Bereich der Frühen Förderung vorhanden sind, und wie die Vermittlungsaktivität an die von den Familien benötigten Angebote innerhalb- sowie ausserhalb solcher interdisziplinären Netzwerke ausfällt. Bis jetzt wurden keine praxisbezogenen Forschungsprojekte zur Situation der interdisziplinären Vernetzung der Hebammen durchgeführt. Aufgrund dieser Überlegungen wurde folgende Zielsetzung definiert:

Ziel der Studie ist eine Situationsanalyse zur Netzwerkarbeit der freipraktizierenden Hebammen in der Schweiz. Insbesondere sollen Aussagen darüber generiert werden, welche Faktoren die interdisziplinäre Netzwerkarbeit von Hebammen kennzeichnen, d.h. zu welchen Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialbereich die Hebammen den Kontakt aufnehmen, um die Familien weiterzuvermitteln. Weiterhin soll die Studie untersuchen, wie hilfreich diese interdisziplinäre Vernetzung in der Betreuung und Vermittlung sozial benachteiligter Eltern von den Hebammen erfahren wird und in welchen Bereichen Entwicklungspotential gesehen wird. Insgesamt sollen Ergebnisse der Studie Grundlagen bilden, um das bisher noch ungenügend genutzte Potential der Hebammenbetreuung im Zugang zu belasteten Familien sowie deren Vermittlung an weiterführende Hilfsangebote in der frühesten Kindheit in der Schweiz besser zu nutzen.

Forschungsfragen sind:

- Aus welchen Gründen vernetzen sich Hebammen?
- Was sind die Kennzeichen der Netzwerkarbeit von Hebammen?
- Wie beurteilen sie die Bedingungen und den Erfolg ihrer Netzwerkarbeit?
- Welche Ziele, Chancen und Risiken verbinden sie mit Netzwerkarbeit?
- Mit welchen Akteuren arbeiten sie oder arbeiten sie nicht zusammen?
- Wie unterhalten sie Netzwerke und integrieren sie vernetzende Arbeit in den beruflichen Alltag?

4 Methodik

4.1 Studiendesign

Gewählt wurde ein aufeinander aufbauendes, qualitatives und quantitatives Studiendesign in zwei Phasen. In der ersten Phase wurden Experteninterviews (Bogner & Menz, 2009, S. 64) mit elf freipraktizierenden Hebammen in den Landessprachen Deutsch und Französisch geführt. Die Interviews zielten darauf ab, die Anforderungen in der Betreuung und Vermittlung sozial benachteiligter Familien oder Familien mit erweitertem Unterstützungsbedarf durch Hebammen zu explorieren. Darauf aufbauend wurde in der zweiten Phase des Projektes ein Online-Fragebogen (deutsch-, französisch-, italienischsprachig) mit mehrheitlich geschlossenem Antwortformat entwickelt. Dieser Fragebogen wurde eingesetzt, um die Eigenschaften der Netzwerkarbeit der Hebammen sowie den Entwicklungsbedarf zu erfassen. Der Fragebogen wurde an alle im Jahr 2016 freipraktizierend und in der postpartalen Betreuung arbeitenden Hebammen in der deutsch-, italienisch- und französischsprachigen Schweiz verschickt. Die Rekrutierung erfolgte mit Unterstützung des Schweizerischen Hebammenverbands (SHV). Erwartet wurde ein Rücklauf von mindestens einhundert Fragebögen.

Ethische Kriterien

Für die Durchführung der Studie liegt eine Unbedenklichkeitsbescheinigung der Ethikkommission des Kantons Zürich vor (BASEC-Nr. Req-2016-00252).

Die Teilnehmerinnen der Experteninterviews erhielten einige Tage vor dem Interview eine schriftliche Beschreibung der Studie, ein Aufklärungs- und Einwilligungsschreiben sowie eine

Verschwiegenheitsverpflichtung von Seiten der Forscherinnen. Da es sich um ausgewählte Expertinnen handelt, die zum Teil in exponierten Positionen arbeiten, wurde ihnen keine Anonymisierung, wohl aber eine Pseudonymisierung zugesichert (Beilage 1 und 2). Die Online-Erhebung erfolgte anonym. Es wurden keine Daten aufgenommen, die einen Rückschluss auf die einzelne Teilnehmerin nehmen lässt

4.2 Qualitative Untersuchung – Expertinnenbefragung

Zur Exploration der Anforderungen in der Betreuung und Vermittlung sozial benachteiligter Familien bzw. Familien mit erweitertem Unterstützungsbedarf durch Hebammen, der Möglichkeiten und Chancen und Herausforderungen von Netzwerkarbeit und interdisziplinärer Kooperation werden systematisierende Experteninterviews geführt (Bogner & Menz, 2009, S. 64). Das vorrangige Interesse besteht darin, das in der Praxis erworbene Handlungs- und Erfahrungswissen (Bogner & Menz, 2009, S. 64) von Hebammen aufzunehmen, die in ihrer Arbeit entweder auf die Betreuung sozial benachteiligter Frauen und Familien fokussieren oder Erfahrungen mit dem Aufbau, Erhalt und Evaluation von Netzwerkarbeit im Bereich der Frühen Förderung gewonnen haben. Trotz traditionell bestehender familienunterstützender Angebote, wie beispielsweise die Mütter- und Väterberatung, und der Zunahme an Initiativen und Netzwerken zur Frühen Förderung, ist eine aktive und strukturierte Netzwerkarbeit von Hebammen nicht generell bei allen freipraktizierenden Hebammen etabliert. Entsprechend der Ausführungen von Bogner und Menz (2009, S. 65), werden Hebammen, die über entsprechende Erfahrungen verfügen, als Inhaberinnen spezifischer gültiger Kenntnisse und Informationen, die es zu erkunden gilt, betrachtet und als Ratgeberinnen angesprochen.

4.2.1 Zielgruppe und Rekrutierung

Die Zielgruppe für die Experteninterviews sind Hebammen mit Erfahrung in der Betreuung sozial benachteiligter Familien und Familien mit bestimmten Belastungen (psychische Erkrankung der Mutter, erkranktes Kind, Frühgeburt oder Mehrlinge). Zudem sollten sie über Erfahrungen mit interdisziplinärer Kooperation oder Netzwerkarbeit im Bereich Früher Förderung verfügen. Ausgewählt wurden Hebammen, die aktiv und möglichst systematisch Netzwerke entwickelt, unterhalten und ggf. evaluiert haben. In diesem bislang kaum strukturierten oder unterschiedlich organisierten Arbeitsbereich, für den es kaum Vorerfahrung in der Schweiz gibt, nehmen sie eine Rolle als Vorreiterinnen ein. Wegen ihrer exklusiven Erfahrungen werden sie im Weiteren als Expertinnen betrachtet. Um einen möglichst umfassenden Eindruck der Netzwerkarbeit, der Notwendigkeiten und Anlässe sowie der förderlichen und hinderlichen Bedingungen in der Schweiz zu erhalten, wurden Hebammen aus unterschiedlichen deutsch- und französischsprachigen Kantonen und dem Tessin angesprochen.

Die Rekrutierung der Interviewteilnehmerinnen erfolgte zunächst über direkte Ansprache von Hebammen, die aus ihren Arbeitszusammenhängen und ersten Erkundungen des Feldes den Forschenden bekannt waren, und über Vertreterinnen des Schweizerischen Hebammenverbandes. Um möglichst viele Kantone abzudecken, wurden weitere mögliche Teilnehmerinnen nach dem Schneeballprinzip angefragt. Die Anfragen erfolgten über ein offizielles Anschreiben per E-Mail, in dem das Forschungsprojekt, die Ziele der Forschung und das Vorgehen beim Interview vorgestellt wurde. Die Rekrutierung fand von Anfang Juli bis Mitte Oktober 2016 statt.

4.2.2 Fragebogenentwicklung

Zur Entwicklung des Fragebogens (Anhang 1) wurden eine Literaturrecherche und Gespräche mit zwei Fachpersonen aus dem Bereich der Frühen Förderung durchgeführt. Der Fragekatalog besteht aus vier Themengruppen mit jeweiligen Erweiterungs- und Vertiefungsfragen. Die Themenbereiche betrafen die Entwicklungen in der Hebammenarbeit allgemein wie auch spezifisch in der Arbeit mit sozial belasteten Familien, die Netzwerkarbeit allgemein und speziell im Kontext der Betreuung sozial benachteiligter Familien sowie des an Hebammen herangetragenen Bedarfs von Seiten der Frauen und Familien. Im Sinne von Experteninterviews wurden die Fragen als Unterstützung für das Gespräch genutzt. Mit allen Expertinnen wurden alle Themen des Fragebogens besprochen. Dies erfolgte angepasst an die jeweilige Expertise der Interviewteilnehmerin und des Interviewverlaufes. Alle Interviewerinnen verfügten über langjährige

praktische Erfahrungen, so dass quasi ein normales Gespräch auf Augenhöhe geführt werden konnte (Bogner & Menz, 2009, S. 77 ff.; Pfadenhauer, 2009; S. 103). Über die Diskussion bestimmter Themen wurde die Chance genutzt, mehr über das tiefere Wissen und komplexere Erfahrung der Interviewten in Erfahrung zu bringen. Durchgeführt wurden die Interviews von den drei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und der Leiterin der Forschungsstelle Hebammenwissenschaft der ZHAW.

4.2.3 Datenerhebung

Den Hebammen, die sich bereit erklärten an der Studie teilzunehmen, wurde eine Einwilligungserklärung vorgelegt sowie eine Erklärung der Forscherinnen zur Einhaltung des Datenschutzes (Anhang 2, 3). Zugesichert wurde die Pseudonymisierung der Daten. Eine Anonymisierung war aus dem Grund kaum umzusetzen, als dass die Gruppe der Hebammen, insbesondere der politisch oder in Netzwerken aktiven Hebammen, sehr klein ist und die entsprechenden Hebammen weitläufig bekannt sind.

Die Interviews fanden in einem ungestörten Rahmen an einem mit der Interviewteilnehmerin verabredeten Ort statt. Sie dauerten in etwa eine Stunde, in wenigen Fällen eineinhalb Stunden. Zusätzlich füllten die Studienteilnehmerinnen ein Formular mit soziodemografischen Angaben aus. Von den elf Interviews wurden fünf auf Schweizerdeutsch, drei auf Hochdeutsch und zwei auf Französisch geführt. Alle Interviews wurden elektronisch aufgenommen und transkribiert. Die fünf schweizerdeutsch geführten Interviews wurden in Hochdeutsch übersetzt und die zwei französischsprachigen Interviews französisch transkribiert. Typische schweizerdeutsche Begriffe wurden nicht übersetzt. Die Transkripte wurden für die Auswertung und weitere Datenverwertung pseudonymisiert. Eine Anonymisierung wurde nicht vorgenommen, da die Expertinnen und ihre Erfahrungen so spezifisch oder an bestimmte Projekte gebunden waren, dass dies nicht möglich und auch nicht wünschenswert war. Des Weiteren waren auch die regionalen Unterschiede von Interesse für die Entwicklung des Online-Fragebogens (Phase 2).

4.2.4 Datenauswertung

Die Auswertung erfolgte entsprechend dem Vorgehen der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2014, S. 77 ff.). Die Auswertung erfolgte in sieben Schritten. Nach dem Festhalten erster Auswertungsideen wurden Themen und Subthemen aus den Textinhalten festgelegt, die sich an den Forschungsfragen und den Themen des Leitfadens orientierten. Unerwartete Themen wurden mit Kurzbezeichnungen versehen. In der Phase des ersten Kodierprozesses wurde der Text sequenziell durchgearbeitet und thematisch kodiert. Drei Interviews wurden im Sinne des konsensuellen Kodierens durch mehrere Teammitglieder kodiert (Kuckartz, 2014, S. 83). Des Weiteren erfolgte eine Ausdifferenzierung der Subkategorien an drei Interviews. Hierbei wurden bereits bestehende theoretische Differenzierungen einbezogen.

4.3 Quantitative Untersuchung – nationale Online-Befragung

Die Ergebnisse der Literatursauswertung und der Experteninterviews waren Grundlagen der dreisprachigen Online-Erhebung von freipraktizierenden Hebammen in der Schweiz. Im Folgenden wird das methodische Vorgehen für die Erhebung beschrieben. Zur Darstellung des Ist-Zustandes der Netzwerkarbeit von freipraktizierenden Hebammen wurde eine Online-Befragung mittels eines Fragebogens gewählt.

4.3.1 Feldzugang und Stichprobengewinnung

Die Einladung zur Umfrage erfolgte zum einen über eine kurz gefasste Mail in drei Sprachen mit den wichtigen Informationen zur Studie und der Umfrage, der Einladung zur Teilnahme, einem aktiven Link zur Umfrage sowie der Information zur Verlosung von Kinofreikarten. Zum anderen waren Einladungsschreiben zur Umfrage (Beilage) in drei Sprachen als PDF-Datei der Mail angehängt (Anhang, 4, 5, 6). Auch in den PDF-Dateien war ein aktiver Link zur Umfrage vorhanden.

Der Feldzugang erfolgte über den Schweizerischen Hebammenverband (SHV). Mit Unterstützung der Geschäftsstelle des SHV wurde am 25.4.2017 ein Anschreiben mit aktivem Link zur Umfrage über dessen Verteiler versendet. Damit konnten alle freipraktizierenden Hebammen der Schweiz erreicht werden. Dies

wird gewährleistet über die für die Abrechnung der freipraktizierend erbrachten Leistungen mit der Krankenversicherung notwendige Registrierung der Hebammen bei dem Verband. Zum Zeitpunkt des Versands waren 1'554 freipraktizierende Hebammen beim SHV registriert.

Zwei Wochen nach der Freischaltung des Fragebogens wurde ein Reminder über den Verteiler des SHV versendet. Auch wurden weitere Hebammen und Institutionen angesprochen und gebeten, den vorgefertigten Reminder an ihnen bekannte Hebammen weiterzuleiten. Nach einer Analyse der anteiligen Beteiligung in den Kantonen, vier Wochen nach Beginn der Umfrage, wurden weitere Multiplikatorinnen in den Kantonen mit relativ geringer Beteiligung gebeten, den Reminder weiterzuleiten und Hebammen zur Teilnahme zu motivieren. Entsprechend wiederholte und personalisierte Kontakte gelten als erfolgreiche Faktoren zur Steigerung der Rücklaufquote (Cook, Heath & Thompson, 2000, S. 833).

4.3.2 Erhebungsinstrument

Zum Einsatz kam ein selbstentwickelter Fragekatalog (Anhang 7), der sich inhaltlich an Gegenstandsbereichen orientierte, die aus der Literaturanalyse und der Experteninterviews abgeleitet wurden. Die aus der qualitativen Analyse erstellten Fragebereiche wurden in einem zweiten Schritt mit Themen und Fragestellungen von zwei Umfragen zur Zusammenarbeit von Hebammen im Netzwerk Früher Hilfen in Deutschland abgeglichen (Ayerle et al. 2014, Renner, 2010), um Vergleiche mit Erfahrungen aus anderen Ländern ziehen zu können.

Der Fragebogen wurde in drei Sprachen (Deutsch, Französisch, Italienisch) angeboten (Beilage). Er beinhaltet acht soziodemografische Fragen zum Alter, der Berufserfahrung und der Anzahl sowie der lokalen Verortung der geleisteten Wochenbettbetreuung im Jahr 2016. Inhaltliche Themen betrafen die Bereiche psychosozial belastete Familien, Vermittlungsarbeit, Zusammenarbeit mit der Mütter- und Väterberatung, Kenntnisse zu Angeboten der Frühen Förderung und Netzwerkarbeit. Zu diesen Themen wurden 21 Fragen formuliert. In den meisten Fällen handelte es sich um Fragen mit drei bis sieben vorgegebenen Antwortmöglichkeiten in randomisierter Reihenfolge, die mittels einer Likert-Skala mit drei oder fünf Merkmalsausprägungen bewertet werden konnten (z. B. trifft zu – teils-teils – trifft nicht zu bzw. stimme völlig zu – stimme eher zu – teils-teils – stimme eher nicht zu – stimme gar nicht zu). Zudem kamen Filterfragen zum Einsatz, damit die Hebammen keine Frageblöcke überspringen mussten sowie die Möglichkeit, Fachpersonen oder Institutionen mit denen zusammengearbeitet wird, per Drag and Drop in das Antwortfeld zu überführen. Durch diese Möglichkeiten der Online-Erhebung sollte die Teilnahmemotivation erhalten bleiben.

Die Fragen zu den einzelnen Themenbereichen wurden durch eine kurze und prägnante Definition eingeleitet, damit für die Antworten eine gemeinsame Wissensbasis zu den Bereichen angenommen werden kann. Die Definitionen orientieren sich an verschiedenen Veröffentlichungen. Genutzt wurden der KINDEX-Fragebogen (Spyridou, Schauer & Ruf-Leuschner, 2014), der Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch (Kanton Thurgau, 2013) und die Definition der Frühen Förderung durch das Nationale Programm gegen Armut (2016).

Folgende Definitionen wurden erstellt:

1. Soziale Belastungen

- **Finanzielle Situation:** Tiefes Einkommen; Bezug von Sozialhilfe; Schulden
- **Niedriger Bildungsstand:** Keine Ausbildung nach der obligatorischen Schule
- **Migration:** Geringe Kenntnisse zum Schweizer Bildungs- und Gesundheitssystem
- **Psychosoziale Belastungen:** Teenager Mutter; starke Paarkonflikte; Alleinerziehend; mangelnde soziale Integration; mangelnde Unterstützung von aussen (Verwandte, Nachbarn); verwahrloster Zustand; unerwünschte Schwangerschaft; Alkohol, Drogen, Nikotin; häusliche Gewalt; Prostitution; Kriminalität; sehr beengte Wohnverhältnisse
- **Psychische oder physische Erkrankungen:** psychische Erkrankung; körperliche, z. B. chronische Erkrankung oder Behinderung.

2. Sozial benachteiligte Familien

- Sozial benachteiligte Familien sind gemäss der Definition des Nationalen Programms gegen Armut Familien, in welchen **drei oder mehr der oben aufgeführten Belastungen** zusammenkommen.

3. Weitere Belastungen im Zusammenhang mit dem Elternwerden und dem Säugling

- **Schwierigkeiten der Mutter und/oder des Vaters, das Kind anzunehmen / für das Kind zu sorgen:** Ablehnende Äusserungen über das Kind; Desinteresse am Kind; unangemessene Reaktion auf kindliche Signale usw.
- **Das Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen:** Frühgeburt; Mehrlinge; chronische Erkrankung
- **Regulationsstörungen des Kindes:** Trinkprobleme; Schlafprobleme; exzessives Weinen.

4. Definition Frühe Förderung

Frühe Förderung umfasst frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung. Die allgemeine Frühe Förderung soll allen Kindern und ihren Familien offenstehen, z. B. durch Hebammen, Ärzte und Ärztinnen, Mütter- und Väterberatung, Erziehungsberatung und weitere familienunterstützende Angebote. Angebote der besonderen Frühen Förderung richten sich an sozial belastete Familien mit Kindern, die zur Stärkung ihrer Ressourcen eine spezifische, familienergänzende Unterstützung benötigen (z. B. Kindertagesstätte, Tagesfamilien, heilpädagogische Massnahmen). (Nationales Programm gegen Armut, 2016).

5. Definition Netzwerk

Ein Netzwerk ermöglicht eine formelle und strukturierte Zusammenarbeit von verschiedenen Fachpersonen oder Anbietern mit einem gemeinsamen Ziel, z. B. einer bedürfnisorientierten Versorgung von Familien mit erweitertem Unterstützungsbedarf. Die Mitglieder des Netzwerkes nehmen ihre berufsspezifischen Aufgaben wahr und unterstützen sich gegenseitig, um das Ziel zu erreichen.

Der Fragebogen wurde von einem professionellen Übersetzungsservice in Französisch und Italienisch übersetzt. Die Richtigkeit der Übersetzung wurde innerhalb des Forschungsteams von sprachkundigen Mitarbeiterinnen und im Pretest durch Muttersprachlerinnen überprüft.

Der Fragebogen wurde mittels dem Online-Befragungstool Unipark erstellt und freigeschaltet.

4.3.3 Pretest

Der Pretest fand in allen drei Landessprachen statt. Vier Hebammen aus drei Sprachregionen nahmen dazu an der Online-Umfrage teil. Sie wurden telefonisch durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin begleitet. Die französisch- und italienischsprachigen Tests wurden durch eine mehrsprachige Mitarbeiterin durchgeführt. Aufkommende Unklarheiten der Fragestellungen und der Übersetzungen konnten so geklärt werden. Zudem wurden die vier Testdurchläufe statistisch ausgewertet und auf Inkonsistenzen überprüft.

4.3.4 Datenaufbereitung und statistische Analyseverfahren

Die Datenanalyse wurde mit der Statistiksoftware SPSS 24 ausgewertet. Dazu wurden die Daten aus dem Erhebungstool Unikark in SPSS transferiert.

Die Auswertung der Häufigkeitsverteilung erfolgte mittels der Darstellung der Daten in Kontingenztabellen. Unterschiede zwischen den Gruppen (ländlicher/städtischer Tätigkeitsbereich, Netzwerk/kein Netzwerk, monoprofessionelles/interdisziplinäres Netzwerk) erfolgte mittels Chi-Quadrat-Test (kategorial skalierte Daten: ja/nein oder 3 Punkt Likert-Skala) oder Mann-U-Test (ordinalskalierte Daten mit 5 Punkt Likert-Skala).

Für die Überprüfung von Unterschieden zwischen den Tätigkeitsregionen wurde die Variable Tätigkeitsregion in die Kategorien ländlich/mittelstädtisch und städtisch tätige Hebammen dichotomisiert.

Für die Überprüfung von Unterschieden zwischen monoprofessionell und interdisziplinär vernetzten Hebammen wurde eine neue Variable aus den Variablen interdisziplinäres Netzwerk und reines Hebammennetzwerk generiert. Hebammen, die in beiden Formen aktiv waren, wurden der Kategorie interdisziplinäres Netzwerk zugeordnet, da sie einerseits Erfahrungen in der interdisziplinären Netzwerkarbeit gemacht haben und andererseits in Frage 22: «Wie sehen die Rahmenbedingungen in Ihrem Netzwerk aus?» explizit gebeten wurden, sich bei der Antwort auf diese Form des Netzwerkes zu beziehen.

Der Datensatz wurde mittels Kontingenztabellen auf unlogische Antworten überprüft. Dabei fielen die folgenden Unklarheiten auf:

- Von den 52 in Familystart Zürich engagierten Hebammen hatten $n = 12$ dieses Netzwerk als interdisziplinäres Netzwerk gewertet, obwohl es ein Hebammennetzwerk mit guter interdisziplinärer Vernetzung ist.
- Von den 14 in Familystart beider Basel engagierten Hebammen haben $n = 9$ Hebammen dieses Netzwerk als reines Hebammennetzwerk gewertet, obwohl es Merkmale eines interdisziplinären Netzwerkes trägt (interdisziplinärer Vorstand, Kooperationsverträge mit Kliniken, gemeinsame Fortbildungen mit Mütter- und Väterberaterinnen).
- Von den 8 in Arcade sages-femmes engagierten Hebammen hat $n = 1$ sich einem interdisziplinären Netzwerk zugeordnet, obwohl es ein reines Hebammennetzwerk darstellt.

Diese Angaben wurden nicht korrigiert. Die Hebammen blieben in der Analyse in der Form von Netzwerk, der sie sich selbst zugeordnet haben.

5 Ergebnisse und Diskussion

Im folgenden Kapitel werden unter Punkt 5.1 die Ergebnisse des qualitativen Teils der Studie präsentiert und diskutiert. Unter Punkt 5.2 erfolgt die Präsentation der Ergebnisse und Erkenntnisse des quantitativen Teils der Studie.

5.1 Qualitativer Teil: Experteninterviews

Im Zeitraum von Mitte Juli bis Mitte Oktober 2016 wurden Experteninterviews mit $n=11$ Hebammen aus allen Sprachregionen der Schweiz geführt (vgl. Punkt 4.3.1). Die interviewten Hebammen arbeiteten in den Kantonen Basel-Stadt, Bern, Genf, Graubünden, Luzern, Neuchâtel, St. Gallen, Tessin, Thurgau und Zürich.

5.1.1 Soziodemografische Angaben

Die befragten Expertinnen waren im Durchschnitt zirka 48 Jahre alt. Im Mittel waren sie seit 23 Jahren im Beruf. Eine der Befragten arbeitete zum Zeitpunkt der Interviews als Dozentin. Sie hatten zwischen 3 und 24 Jahren Erfahrung mit freipraktizierender Hebammentätigkeit. Alle Befragten boten Betreuung im Wochenbett an. Hinzu kamen, in unterschiedlicher Ausprägung, Angebote in der Schwangerenkontrolle, Geburtsvorbereitung und Hausgeburtschilfe sowie spezielle Kursangebote für Schwangere, Mütter und ihre Kinder.

Tabelle 1. Soziodemografische Daten

	Mittelwert	Spannweite
Alter (Jahre)	47.6	39–52
Berufsjahre	22.8	6–31
Freipraktizierende Tätigkeit (Jahre)	14.3	3–24

Sechs Hebammen hatten eine oder mehrere akademische oder Weiterbildungsqualifikationen abgeschlossen oder befanden sich in einer Fort- oder Weiterbildung. Die Fort- und Weiterbildungen betrafen Themenbereiche wie Management und Führung, systemische lösungsorientierte Kurzzeittherapie, gewaltfreie Kommunikation, Trauerbegleitung, Trauma Begleitung, Stillberatung (IBCLC), Rückbildung oder Beckenbodenarbeit.

Fast alle Expertinnen arbeiteten neben der freipraktizierenden Hebammenarbeit in weiteren Arbeitszusammenhängen. Zwei waren zusätzlich in Teilzeit oder als Beleghebamme in einer Klinik tätig. Dort arbeiteten sie im Gebärsaal sowie im Bereich der Schwangeren- und Wöchnerinnenbetreuung. Zwei waren zusätzlich oder, bis auf Notdienste, ausschliesslich als Hochschuldozentinnen in der Ausbildung von Hebammen tätig. Zwei weitere hielten zudem ein berufspolitisches Amt innerhalb des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV) inne. Vier Hebammen waren ausschliesslich freipraktizierend tätig, mit einem Angebot, das geringstenfalls Schwangerschaft und Wochenbett umspannte und häufig durch eine Vielfalt an Kursen angereichert war. Zwei davon boten darüber hinaus die Betreuung von Hausgeburten an.

5.1.2 Zugang der Expertinnen zur Netzwerkarbeit

Die befragten Expertinnen berichteten, dass problematische Situationen zum Teil den Einbezug weiterführender Behandlungs- oder Unterstützungsangebote erforderten. Viele der Problematiken, die den Übergang in die Elternschaft erschwerten, sahen sie eingebettet in die Lebenssituation der jungen Familien. Auch körperliche Probleme, wie Wundheilungsstörungen oder Brustentzündungen, könnten aus ihrer Sicht durch eine belastete Lebenssituation und dem damit verbundenen Stress ausgelöst und verstärkt werden. Insbesondere in Situationen, in denen die Lösungsansätze aus dem eigenen geburtshilflichen, medizinischen und heilkundlichen Wissen keine befriedigende Wirkung zeigten und die Beratung zur Adaption an die Mutter-/Elternschaft zu kurz griff, zeigte sich der Bedarf nach interdisziplinärer Zusammenarbeit. In schwierigen Situationen erlebten sie z. T. eine eher punktuelle und disziplinspezifische fokussierte Hilfe oder Betrachtung des Falles durch verschiedene Akteure des Gesundheitswesens in fragmentierter Form. Hebammen fühlten sich dann häufig in der Position, die Informationen der beteiligten Fachpersonen, Institutionen und Problem der Familie zusammenzufügen und zu vermitteln.

Einige Hebammen äusserten, gerade bei komplexen Lebensverhältnissen den konkreten Unterstützungsbedarf nicht immer einschätzen zu können. Die gezielte Suche nach Unterstützungsangeboten für die Familien erwies sich dann als schwierig und konnte nur mit grossem zeitlichem Aufwand erschlossen werden. Angebote der Frühen Förderung waren in manchen Regionen gegeben, in anderen Regionen offenbarten sich Lücken und Mängel, so dass neue Lösungen gesucht oder konzipiert werden mussten. Das Engagement kreativ neue Lösungswege zu finden, speiste sich insbesondere aus dem Motiv, zum Wohlergehen des Kindes und der Familie beitragen zu wollen. Der Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen zeigte, dass viele Hebammen einen vergleichbaren Bedarf an Informationen zu Angeboten der Frühen Förderung hatten und zu den damit verbundenen Fragen, wie z.B. dem Umgang mit der Schweigepflicht. Weitere Auslöser, um sich im Bereich der Frühen Förderung zu vernetzen, waren die politische Arbeit im Berufsverband oder die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Belastungssituationen junger Familien. Berufspolitisch engagierte Hebammen wurden in Projekte zur Frühen Förderung integriert, so dass sie die Entwicklung mitgestalten konnten. Die ihnen gezollte Anerkennung ihrer und der Leistungen von Hebammen allgemein unterstützte sie darin, den Beitrag von Hebammen in den Netzwerken der Frühen Förderung selbstbewusster zu vertreten und in die Projekte zu integrieren. Das Engagement der befragten Expertinnen ist dabei vielgestaltig. Es beinhaltet projekt-, vereins- und berufspolitische Arbeit und Weiterbildung. Durch die bewusste Arbeit mit psychosozial belasteten Frauen und Familien wurde die eigene Hebammentätigkeit neu strukturiert und Netzwerkpartnerschaften gegründet und aufrechterhalten.

5.1.3 Haltung von gegenüber Netzwerkarbeit

Die Expertinnen wurden gebeten, sich zu ihren eigenen Erfahrungen und Sichtweisen zu äussern und zudem ihre Einschätzung zur Stimmung unter den Hebammen im Allgemeinen mitzuteilen. Vornehmlich wird eine positive Einstellung von Hebammen der Netzwerkarbeit gegenüber wahrgenommen. Auch die Expertinnen äusserten sich primär positiv dazu und betonten die Relevanz von monoprofessioneller und vor

allen interdisziplinärer Netzwerkarbeit im Kontext der Betreuung von sozial benachteiligten Familien. Es wurden 17 befürwortende Erwähnungen und 7 skeptische Erwähnungen in den Interviews identifiziert. Die gegensätzlichen Haltungen gegenüber der Netzwerkarbeit werden im Folgenden qualitativ beschrieben. Sie stellen Faktoren dar, die sich ent- oder ermutigend auf eine Netzwerkarbeit auswirken können.



Abbildung 2. Haltungen von Hebammen gegenüber Netzwerkarbeit

Eine skeptische Haltung kann begründet sein in der Betrachtungsweise, dass Netzwerkarbeit keine Kernaufgabe von Hebammen darstellt, und dass es somit auch keinen offiziellen Auftrag zur Durchführung dieser Aufgabe gibt, der sich zum Beispiel in einer Vergütung abbildet. Durch die fehlende Bezahlung der Netzwerkarbeit wird sie vielfach als eine «Extraarbeit» empfunden. Somit kommt es bei manchen Hebammen zu einem beruflichen Identifikationsproblem, sodass sie sich in der Netzwerkarbeit «nicht sehen» (S). Ein weiteres hervorgebrachtes Argument thematisiert ein tradiertes Verständnis von Hebammenarbeit als Einzelarbeit, bei der die Vernetzung mit anderen Hebammen oder anderen Berufsgruppen dazu führen könnte, dass man sich «in die Karten gucken lässt» (S). Schliesslich wurde auch genannt, dass gelegentlich nicht das Rollenverständnis problematisch sei, sondern der Mangel an Strukturen, welche die Netzwerkarbeit unterstützen könnten. So betonten einige der Expertinnen, dass Netzwerkarbeit zurzeit vor allem von der Eigeninitiative und dem Engagement der einzelnen Hebamme abhängig sei:

S: « Ja das stimmt. Es braucht sehr viel Eigeninitiative. Und wenn man die nicht hat, also es braucht viel Hartnäckigkeit. Man muss, man muss extrem dranbleiben. Und wenn dann das jemand nicht macht, dann verfällt es (...). »₁

Trotz der obigen Gründe und Bedenken wird eine überwiegend positive und befürwortende Haltung gegenüber der Netzwerkarbeit geäußert. So fanden die Expertinnen, dass die Zusammenarbeit zwischen Hebammen das Modell der Zukunft darstelle und von vielen Hebammen erwünscht wäre. In der Betreuung psychosozial belasteter Familien wird der Zusammenschluss mit Kolleginnen und anderen Fachpersonen, wie z.B. der Mütter- und Väterberatungsstellen, Sozialbehörde sowie Psychologinnen und Psychologen als unabdingbar verstanden.

S: « Ja das finde ich. Ich muss ein Netzwerk haben, wo ich mich austauschen kann, wo ich abgeben kann. Das braucht es unbedingt. »₂

C: « Der erste Grund ist, dass die Frauen und Familien (.) wenn sie spüren, dass es eine Zusammenarbeit gibt, dass es eine gute Kommunikation gibt zwischen den verschiedenen Partnern die sich um sie kümmern werden, dass sie physisch und emotional in Sicherheit sind, merken sie das und sind beruhigt. » (übersetzt)₃

Wichtig war den Expertinnen auch, dass durch die Netzwerkarbeit und damit durch die Kollaboration beispielweise mit anderen Hebammen, Ärztinnen, Ärzten oder Sozialpädagoginnen und -pädagogen, die betreuende Hebamme nicht alleine die Verantwortung (vor allem bei komplexen Fällen) tragen muss, sondern dass Entscheidungen mithilfe von Fallbesprechungen zusammen getroffen und getragen werden können.

5.1.4 Netzwerkarbeit von Hebammen

Aus den Interviews können verschiedenste Formen der Zusammenarbeit, Vernetzung und Netzwerkarbeit von Hebammen herausgefiltert werden. Die jeweils gewählte Form steht zum einen im Zusammenhang mit der Arbeitsorganisation der Hebamme (Beleghebammen, Vereinsmitgliedschaft, Kooperationsverträge). Zum anderen hängt sie von den vorhandenen Bedürfnissen der Frau oder der Familie und der damit verbundenen Zielvorstellung ab.

Die Hebammen sind mit einzelnen oder mehreren Akteuren vernetzt oder sie kooperieren mit Institutionen. Die Netzwerke sind mono- und multiprofessionell oder interdisziplinär besetzt. Die Netzwerke sind innerhalb des Gesundheitssystems oder übergreifend auch im Sozialsystem verortet. Sie initiieren Netzwerke oder nutzen bestehende. Sie arbeiten fallbezogen zielorientiert und punktuell mit entsprechenden Netzwerken zusammen oder engagieren sich fallübergreifend oder über einen längeren Zeitraum aktiv in einem Netzwerk. Schliesslich erstreckt sich die Bandbreite der Netzwerke von informellen Ad-hoc-Netzwerken bis zu stark formalisierten oder institutionalisierten Netzwerken.

Im Folgenden werden die am häufigsten genannten Formen dargestellt. Zunächst werden Beispiele für informelle Netzwerke von Hebammen beschrieben, daran anschliessend ihre Zusammenarbeit mit formellen Netzwerken.

Fallbezogene informelle Netzwerke als typische Form der Zusammenarbeit

Besondere Relevanz kommt der punktuellen und fallbezogenen Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Fachpersonen oder Institutionen zu. Die Zusammenarbeit findet vorrangig in Form einer Vermittlungsaktivität der Hebamme statt. Häufig nehmen die Frauen selbstständig Kontakt mit der empfohlenen Stelle (Fachärzte, Mütter- und Väterberatung, Beratungsstelle) auf. Auch Vernetzungen von Hebammen untereinander finden Erwähnung. Diese Art der Zusammenarbeit wird für Fallbesprechungen oder verschiedenste Absprachen oder Vertretungsregelungen genutzt.

Zusammenarbeit von Hebammen und Mütter- und Väterberaterinnen

Die am häufigsten erwähnten informellen Netzwerke bestehen zwischen den Hebammen und den Mütter- und Väterberaterinnen. Die Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Berufsgruppen zeigt sich z.B. bei der Übergabe einer Familie von der Hebamme an die Mütter- und Väterberatung. Hier gibt es Hebammen, die, um die gute weitere Versorgung der betreuten Familien sicherzustellen, den engeren Kontakt zu den Fachpersonen der Mütter- und Väterberatung nutzen:

R: « (...) Die ersten sind die Mütter-Väterberaterinnen die übernehmen von uns sozusagen die Familie. Dann habe ich Hausbesuche angeboten gemeinsam. Also da habe ich der Frau gesagt, das war ja auf dem Tisch, (es gibt ein) Problem, das läuft noch nicht so gut. Ich zieh mich jetzt zurück, meine Hebammenarbeit ist jetzt abgeschlossen. Ich habe das manchmal bewusst so initiiert. Ein paar Besuche vorher ein angesprochen und dann mit der Mütter Väterberaterin einen Termin abgemacht... »₄

Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztinnen

Bei medizinischen Problemen nutzen Hebammen Kontakte zu verschiedenen Fachärztinnen und -ärzten, die sie beispielsweise über ihre Arbeit in einem Spital kennen, als informelles Netzwerk zur direkten und schnellen Abklärung der Problemlage und Absprache des weiteren Vorgehens.

T: « (...) Aber die Kinderärzte kennen wir ja auch. Meist über das Spital, habe ich mit ihnen zu tun. Die kommen zwei Mal in der Woche die Kinder anschauen und zu ihnen hat man schon auch vielleicht den näheren Draht. Also ja, wenn etwas ist, dann kann ich sie direkt anrufen (...). »₅

Berichtet wird aber auch, dass Pädiaterinnen und Gynäkologen für eine Vermittlung von belasteten Familien oder für einen Austausch über beobachtete psychosoziale Problemlagen als naheliegende Ansprechpartner angesehen werden. In der Praxis findet ein Austausch zu diesen Themen oftmals jedoch nicht statt.

N: « (...) ich überlege mir zum Teil schon, ich meine, (...) zum Kinderarzt gehen eigentlich alle, das wäre auch wieder ein Mitsstreiter, welcher sich schlussendlich um das Kindeswohl kümmert oder. Oder auch der betreuende Gynäkologe. Aber dass irgendeine Rückmeldung unserer Seite an diese Ärzte gegeben wird. Das wird glaube ich, nicht gemacht oder selten gemacht oder eher einmal, wenn es ein konkretes Problem gibt. »₆

Zudem wird die Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztinnen und Ärzten wegen der vorhandenen Hierarchien im medizinischen Bereich als konflikthaft erlebt. Dies stört u. U. eine offene und direkte Kommunikation zwischen den beiden Akteuren, die vielmehr über die Frau geführt wird:

D: « (...) Ich habe es auch schon erlebt im medizinischen Bereich, dass ich bei einem Kind, das war diesen Frühling, festgestellt habe, dass es eine Kraniostenose hatte (...). Und dann ging sie zum Kinderarzt und da wir jetzt ja länger (in den Familien) sind, habe ich sie dann nach dem Kinderarztbesuch wiedergesehen und fragte nach, was der Kinderarzt gesagt hat. Hat er nichts gesagt wegen dem Kopf? (...) Und dann habe ich gesagt, ja mir gefällt das nicht so. Ich hatte von Anfang an schon das Gefühl, das muss man genauer anschauen. Das haben sie dann gemacht und tatsächlich. Es ist dann immer so ein bisschen heikel wenn die Hebamme etwas sagt und der Kinderarzt merkte es nicht, dass man ihm nicht auf die Füsse tritt. Und das Kind musste operiert werden und der Kinderarzt sagte dann zur Mutter er sei froh, dass die Hebamme das gesehen habe. (...). »₇

Auch überlappende Aufgabenfelder von Hebammen und Ärztinnen und Ärzte können die Zusammenarbeit erschweren, insbesondere dann, wenn die Kompetenzen und Aufgabenbereiche der jeweils anderen Berufsgruppe nicht umfassend bekannt sind oder in Frage gestellt werden.

C: « (...) ich denke, dass wenn die Professionellen mit denen du arbeitest dich kennen und deinen Kompetenzbereich kennen, dann läuft es gut. Aber wenn die Professionellen mit denen du zusammenarbeitest und es kommt vor, dass die Frauen mit denen ich arbeite von Frauenärzten oder Kinderärzten begleitet werden, wenn diese keine genaue oder adäquate Repräsentation von der Arbeit einer Hebamme haben dann kann es kompliziert werden. « (übersetzt)₈

In einigen Fällen können Hebammen bestimmte Angebote des Spitals nutzen. Ein Beispiel hierfür ist, dass sich Hebammen bei Verdacht auf Kindsmisshandlung an die Kinderschutzgruppe des Kinderspitals Zürich richten können.

Herausforderungen der informellen Netzwerkarbeit

Wie vorangehend beschrieben, entstehen die ad hoc initiierten Netzwerke bei Bedarf und enden, sobald das Problem gelöst oder die Vermittlung erfolgt ist. Wegen ihrer informellen Art sind sie sehr flexibel, jedoch nicht immer sehr effizient. Fehlende Strukturen oder Leitfäden, die die Zusammenarbeit und Zuständigkeiten regeln, können dazu führen, dass die Hebamme trotz ihrer Vernetzung nicht die richtige Unterstützung im Vernetzungsprozess erhält.

C: «Jetzt in einem konkreten Fall, wo ich einfach gemerkt habe, eben wer ist zuständig. Und für mich die Hauptvernetzung mit der Mütter- Väterberaterin und der Kinderschutzgruppe war. (...), wobei die auch nicht wirklich so gut unterstützen konnten. Sie haben mir einfach gesagt, eine Gefährdungsmeldung machen, das wäre jetzt wichtig. Aber wie man so eine Gefährdungsmeldung macht, das ist dann quasi mir überlassen worden. »⁹

Obwohl die Kooperation mit der Mütter- und Väterberatung aus der Perspektive der befragten Hebammen als sehr sinnvoll eingestuft wird, erwähnen mehrere Expertinnen, dass es auch zu Konkurrenzsituationen kommen kann. Herausforderungen in der Zusammenarbeit, z.B. durch ineinanderfliessende Zuständigkeiten liessen sich, nach Erfahrung der Expertinnen, jedoch durch gegenseitiges Kennenlernen und gemeinsame Absprachen in eine produktive Zusammenarbeit wandeln:

S: « (...) Da das ist ja so organisiert, dass eigentlich nach der Hebamme die Mütterberatung dazukommt. Und das war aber auch anfänglich mehr so ein Konkurrenzdenken, das war relativ schwierig. Die die Mütterberatung oder empfand sich dann dort immer etwas, ja auf die Zehen getreten. Sie hatten Gefühl, ja wir kommen zu fest in ihr Revier, oder bleiben zu lange in der Familie und nachher können sie erst zu spät (...) übernehmen, oder sie verlieren die Frauen. Das war lange eine Diskussion. Das ist aber jetzt nicht mehr so. »¹⁰

D: «Und am Anfang war eine grosse Angst von den Mütter- Väterberaterinnen... die nehmen uns jetzt das Futter weg. Aber ich denke, das hat sich mittlerweile auch ein bisschen eingespielt. Also hier in der Region ist das ein ganz grosses «Hallo» gewesen. Und ich war dann einmal an eine Regionalsitzung eingeladen worden und habe gedacht, jetzt bist du in der «Höhle des Löwen». Aber ja ich fand dann, hey wir haben das gleiche Ziel. Und wir müssen einfach schauen, dass wir da miteinander zusammenarbeiten (...). Und ist ja klar, dass wir am Anfang häufiger in die Familien gehen und nachher wird das immer (...) weniger und dann kann ja dann auch die Mütterberaterin, das beisst ja einander nicht, wenn beide drin sind. (...) »¹¹

Ein weiterer Nachteil informeller oder geringfügig formalisierter Netzwerke ist ihre hohe Fragilität, auch wenn durch regelmässige Kontakte eine Struktur der Zusammenarbeit gefunden wurde. Wenn Schlüsselakteure gehen, zerfallen sie häufig und müssen „neu erfunden“ werden, wenn ein neuer Fall entsteht. Die fehlende Kontinuität erschwert das gemeinsame Lernen und eine nachhaltige Zusammenarbeit. Dies hat zu Folge, dass nachfolgende Akteure nicht von den Erfahrungen und Anstrengungen der vorherigen profitieren können. Ein Beispiel für die Fragilität solcher informellen Netzwerke gibt R:

R: « Ja eben ich sage, das ist einfach alles viel zu persönlich für mich im Moment. Und es gibt zu wenig standardisierte Prozesse, die dann klar wieder Informationen rückspulen. Weil die Evaluation die fehlt. Wir haben das im Jugendsekretariat (...), meine Kollegin und ich. Da hatten wir Fallbesprechungen zusammen auch mit dem Spital. Aber eben das waren einfach so einzelne Settings, die haben gut funktioniert. Aber ich wüsste nicht, dass das Modell dann Schule gemacht hat, wie wir das gelebt haben. Nachdem nämlich meine Kollegin und ich die Praxis aufgelöst haben, ist alles zerfleddert. (...) Und das sollte, das ist eigentlich mein grösster Kritikpunkt, dass es immer noch auf der persönlichen Ebene läuft und vom Interesse abhängt, diese Zusammenarbeit durchzuführen. Und nicht, dass es sozusagen eine Verpflichtung ist. Aber eben ich glaub, da braucht's noch ein Umdenken (...). »¹²

Mit einigen Fachpersonen oder Institutionen entwickelt sich über die Zeit eine regelmässige Zusammenarbeit, die eine Mischform zwischen informellen und formellen Netzwerken darstellen kann. Diese Form kann in einigen Fällen von vorübergehender Natur sein. Einerseits kann sie den Weg zu einer Spezialisierung der Hebamme für die Betreuung psychosozial belasteter Familie initiiierenden. Des Weiteren kann sie den Bedarf nach einer engeren und formelleren Zusammenarbeit aufzeigen. Ein Beispiel dafür ist B, die sich nach anfänglicher punktueller Zusammenarbeit mit einem Spital, im weiteren Verlauf mit einer Praxis von Psychologinnen und Kinderpsychiatern zusammenarbeitete und mit ihnen ein interdisziplinäres Netzwerk pflegt, um gemeinsam psychosozial belastete Frauen oder Familien zu betreuen:

C: « Die Maternité hat eine spezielle Konsultation für Frauen mit psychosozialen Schwierigkeiten kreiert und wenn sie dann identifiziert werden schicken sie die Ärzte zu mir. Und jetzt seit zwei Jahren arbeite ich in einer Praxis mit Kinderpsychiatern, Psychologen und Hebammen (...) und wir besprechen die Fälle alle zusammen und behandeln die Frauen Zuhause aber auch in der Praxis (...). » (übersetzt)¹³

Komplexe Strukturen in formellen Hebammennetzwerken

Die Expertinnen zählen einige Hebammennetzwerke wie Familystart Zürich, Arcade sages-femmes oder Familystart beider Basel auf, die eine klar formalisierte und zugleich stark komplexe Struktur aufweisen, um das Ziel einer garantierten Beratung und Nachsorgeorganisation für Wöchnerinnen und Neugeborene zu erreichen. In der Organisationsstruktur des Vereins Familystart beider Basel beispielsweise können mehrere Ebenen unterschieden werden. Auf der Basis eines interprofessionell zusammengesetzten Vorstandes (Hebammen, Pädiater, Gynäkologe, Elternvertreterin) des Vereins stellen Hebammen über eine Dienstleistungsvereinbarung die Mitglieder dar. Leistungsverträge mit Geburtskliniken regeln und strukturieren die Zusammenarbeit. Dies bedingt eine Art formalen (vertraglich geregelten) Netzwerkcharakter. Für die Zusammenarbeit der Hebammen mit der Mütter- und Väterberatung wurde ein Leitfaden erarbeitet und eine ständige gemischte Arbeitsgruppe aus beiden Berufen gegründet. Zwar stellen die Mütter- und Väterberaterinnen nicht einen Teil des Hebammen-Netzwerkes dar, die Zusammenarbeit funktioniert jedoch in strukturierter Vernetzung. Die letzte Ebene der Vernetzung stellen die interdisziplinären Fortbildungen und Anlässe dar, die vom Verein organisiert werden.

Koordinierung der Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Mütter- und Väterberaterinnen

Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Mütter- und Väterberaterin. Vorrangig arbeiten sie nur punktuell, meist zur Übergabe der Betreuung von der Hebamme zur Mütter- und Väterberaterin, zusammen, die in der Praxis oft nicht lückenlos erfolgt. In diesem Prozess sind die Zuständigkeiten unklar, was sich vor allem bei psychosozial belasteten Familien als problematisch erweist. Hier zeigen sich die Stärken formeller Netzwerke. In dem aufgezeigten Beispiel wurde in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe ein Leitfaden zur Regelung der Zusammenarbeit erstellt.

F: « (...) Kommt natürlich immer drauf an, wie akut Situationen sind. (...) Um diese Schnittstelle Hebamme Mütter- Väterberatung noch auszuführen, gründeten wir dann eine gemischte Arbeitsgruppe, um diese Problematik, diese Schnittstelle gemeinsam anzugehen und diesen Übergang zu optimieren. Die Arbeitsgruppe bestand aus mehreren Mütterberaterinnen und einer Hebamme, die die Sektion der Hebammen in der Stadt vertritt, und dem Verein, wo ich dabei war. Und gemeinsam haben wir dann einen Leitfaden für die Zusammenarbeit ausgearbeitet, der dann bei den Mütterberaterinnen an ihren Sitzungen genehmigt wurde und auch bei den Hebammen genehmigt wurde, nach nochmaliger Überarbeitung. Und da haben wir uns mehr oder weniger geeinigt, dass bei Situationen mit Risiken, die Hebamme mit Einverständnis der Familie eine Meldung an die Mütter- und Väterberatung macht. Und wenn es aber alles normal läuft, die Hebamme die Familie einfach informiert über das Angebot der Mütter- und Väterberatung. (...) »¹⁴

Tabelle 2. Art der Netzwerke

Form	Eigenschaften	Beispiele
Informelles Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Punktuelle fallbezogene Zusammenarbeit zwischen Akteuren - Entstehen durch die Eigeninitiative der Akteure - Lösen sich auf, wenn der Fall gelöst ist 	Netzwerke zwischen Hebammen und Ärzten/-innen oder zwischen Hebammen und Mütter- und Väterberaterinnen

Formelles Netzwerk	-	Feste Struktur, z.B. mit Regionaltreffen, Fallbesprechungen, oder Vortragsabenden	Familystart Zürich, Familystart beider Basel, Arcade sages-femmes, Genf.
	-	Formalisierte Prozesse, klare organisationale Struktur und Zuständigkeiten, Leitfäden zur Zusammenarbeit	
	-	Vereine oder Institutionen als Basis	
Mischform	-	Regelmässige Interaktion zwischen individueller Hebamme und einer Organisation (Praxis, Spital, öffentliche / private Anlaufstelle) oder einzelnen Fachpersonen	Regelmässige Zusammenarbeit mit der Kinderschutzgruppe des Kinderspitals Zürich, einer Fachpraxis für Psychotherapie, einer Mütter- und Väterberaterin

Sektorenübergreifende Netzwerke als spezifische Herausforderung

In Bezug auf die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit den Akteurinnen und Akteuren aus dem Sozialsystem werden im Folgenden neben der Art der Netzwerke auch die Haltungen der Hebammen gegenüber dieser Zusammenarbeit thematisiert. Es konnten zwei gegensätzliche Pole an Grundhaltungen herausgearbeitet werden. Dazwischen finden sich im Einzelnen zahlreiche Mischformen:

- eine positive Haltung
- eine unsicher-skeptische Haltung

Die *positive Haltung* in Bezug auf Hebammen-Sozialsystem-Netzwerke ist gekennzeichnet durch eine grundsätzlich vertrauensvolle Haltung gegenüber dem Sozialsystem und den darin wirkenden Akteurinnen und Akteuren. Sie stellt sich als eine punktuelle Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der Gemeinde, der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) oder anderen sozialen Fachstellen dar, die als angemessen und hilfreich erlebt wird. In solchen Fällen leiten Hebammen die Familie an die Fachstellen weiter, mit dem Ziel, dass diese dort weiter unterstützt werden können. Im unteren Beispiel beschreibt die Expertin Fälle, in denen der örtliche Sozialdienst eine gute Anlaufstelle für psychosozial belastete Familien war. Auch hier zeigt sich, dass ein persönliches Kennen ein förderliches Kriterium für eine Zusammenarbeit ist.

L: « (Bei schwierigen Fällen) kontaktiere ich einfach den Sozialdienst. Also, die kenne ich persönlich. Und ich rufe da manchmal an und ich frage, gibt es da Möglichkeiten? Kann diese Frau bei euch vorbeikommen? Und dann schaue ich meistens, dass nicht ich, sondern die Frau vorbeigeht. (...).

»¹⁵

Erwähnung findet auch eine *unsichere oder skeptische Haltung* im Umgang mit Sozialbehörden, die ihren Ursprung einerseits in einem Unwissen über die genauen Zuständigkeiten und Aufgaben innerhalb des schweizerischen Sozialsystems hat, und andererseits den Erfahrungen im Umgang mit den Sozialbehörden entspringt. Wenn der Versuch, belastete Familien mit einer Behörde zu vernetzen oder Unterstützung für die Familien zu erwirken dazu führte, keine Stelle anzutreffen, die sich bei den bestehenden Problemlagen zuständig fühlte, wirkte dies demotivierend. Des Öfteren wurde angemerkt, dass für Fälle, in denen keine direkte Gefährdung des Kindes vorlag, es schwierig bis unmöglich war, eine Unterstützung der Familien zu erhalten.

C: «Also ich hätte mir sehr gewünscht, dass die Behörden (...) besser zusammengearbeitet hätten, dass die ein Interesse gezeigt hätten. Und ich habe dann den Sozialdienst angerufen von der Gemeinde. Ich habe das Betreibungsamt angerufen. Ich hatte mit der Gemeindeverwaltung Kontakt. Und alle haben gesagt, - wir sind nicht zuständig. Die Idee war, dass diese Leute eine Holschuld haben. Sie müssen auf die Gemeinde kommen (...). Und vermisse wirklich auch das Kindeswohl dann. Das stand für mich fast am meisten im Zentrum. Es hatte noch andere Kinder. Es war nicht

nur das Baby, sondern es hatte auch noch ältere Kinder. Ja und ich habe dann wirklich relativ hartnäckig auch beim Gemeindeamman dieser Gemeinde versucht Gehör zu finden. Und es war einfach irgendwie klar, es ist niemand zuständig. »¹⁶

Besondere Erwähnung verdienen in diesem Zusammenhang die Kindswohlgefährdungsmeldungen. Die meisten der Expertinnen wurden selten mit Situationen konfrontiert, in denen das Kindswohl gefährdet war und eine Meldung bei der KESB notwendig wurde. Alle Expertinnen waren sich aber einig, dass in Grenzfällen ihr Vorgehen immer vorsichtig sei, mit dem Ziel, die betroffenen Familien nicht vorschnell in die staatliche Beobachtung zu überführen:

S: «Wenn ich in einer Familie bin und eine Dringlichkeit sehe, versuche ich immer nicht so schnell eine Gefährdungsmeldung zu machen. Ich bin noch nicht sehr begeistert. Also ich finde, wenn es ganz klar nötig ist, mache ich auch eine Gefährdungsmeldung. Aber ich versuche immer die anderen Wege (zu gehen), damit ich wirklich das Vertrauen behalte in der Familie. Ich bin auch sehr transparent. Ich mache sie auch aufmerksam auf Dinge, die einfach nicht so sein sollten, damit sie auch Stellung nehmen können und vielleicht (das Problem) auch einsehen. (...). »¹⁷

Wie schon bei den Netzwerken zwischen Hebammen und der Mütter- und Väterberatung erfolgte die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und dem Sozialsystem ad hoc, d.h. in Form einer fallbezogenen Zusammenarbeit, die vor allem die Überleitung der Familie an die richtige Fachstelle sichern soll.

Ein weiteres Beispiel zeigt eine intensivere Form der Zusammenarbeit und deren Potenzial für die Unterstützung psychosozial belasteter Familien und der beteiligten Akteure.

S: «Genau. Ja und die (eingefügt: das Sozialamt) haben mich bezahlt. Sie konnten mir keinen Auftrag geben. Also den Auftrag habe ich immer eigentlich selber schriftlich festgehalten, was ich sehe, was in dieser Familie wichtig ist. Aber sie konnten mich nachher bezahlen. Und das hat sofort funktioniert und das hat mich auch entlastet. Es hat mir auch gezeigt, dass eine Lücke gibt. Ich habe mich dann auch mit den sozialpädagogischen Institutionen vernetzt, die auch immer wieder Teenager haben in Heimen auch oder in Institutionen, wo Schwangere sind. Und dort hatte ich auch ganz gute Unterstützung von einem Leiter von einer sozialpädagogischen Institution, der hat das auch, er hat wirklich gesagt, ja wir haben eine Lücke von Null bis ein jährig. Also wenn du das abdecken kannst, ist das hilfreich, denn wir als Sozialpädagogen kommen nicht so früh in die Familien. »¹⁸

5.1.4.1 Herausforderungen in der Netzwerkarbeit und Entwicklungsmöglichkeiten

Aus den Interviewdaten können zwei übergeordnete herausfordernde Bereiche zusammengeführt werden. Sie werden als *Zuständigkeits- und Organisationsherausforderungen* bezeichnet.

Der Bereich der *Zuständigkeitsherausforderungen* umfasst vor allem Schwierigkeiten in der Vernetzungsarbeit, die sich durch unklare oder sich überlappende Zuständigkeiten zwischen verschiedenen Akteurinnen und Akteuren oder Akteursgruppen ergeben. Diese Herausforderungen finden sich in der Zusammenarbeit mit den Mütter- und Väterberaterinnen und Akteurinnen und Akteuren aus dem Sozialsystem, aber auch in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, also in denjenigen Fällen, in denen es unklar ist, wo die Aufgabe der Hebammen endet und die des Netzwerkpartners beginnt. Diese Herausforderung scheint aktuell aufgrund des verlängerten Zeitraums der Wochenbettbetreuung durch Hebammen auf 56 Tage postpartal verstärkt.

Weitere Herausforderungen beziehen sich auf die *Organisation* der Netzwerkarbeit. Hier geht es darum, dass die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und anderen Berufsgruppen häufig ad hoc, also fallbezogen stattfindet und dadurch je nach Situation durch die Akteure selbst organisiert werden muss. Diese Ad-hoc-Organisation hat den Vorteil einer fallbezogenen Flexibilität. Nachteilig wirkt sich jedoch eine fehlende Struktur und damit unklare Abläufe der Zusammenarbeit aus. Ein typisches Beispiel für eine solche *organisationale Herausforderung* ist die Übergabe eines Falles an das Sozialamt. Diese Übergabe gestaltet sich von Kanton zu Kanton und Fall zu Fall unterschiedlich und ist häufig gekennzeichnet von unklaren Abläufen und Zuständigkeiten. Für die Hebammen bedeutet dies, sich für jeden individuellen Fall oder individuelles Bedürfnis im sozialen Bereich zurechtzufinden und die richtigen Ansprechpartner für die Familie

ausfindig machen zu müssen. In manchen Fällen muss der Vermittlungsprozess nicht nur durch die Hebammen eingeleitet, sondern auch organisiert werden. Diese Herausforderungen werden nicht nur als Belastung beschrieben, sondern zum Teil auch als Chance für ein flexibles, angepasstes Vorgehen verstanden. Die freipraktizierenden Hebammen nutzen dann ihre Handlungs- und Gestaltungsspielräume, die sich jedoch erst erschliessen, wenn entsprechende regionale Systemkenntnisse vorliegen.

S: « Viele Hebammen, die sehen auch, dass es ein riesiger Aufwand ist, wenn wirklich Krise ist, dann bin ich nur beschäftigt mit aufgleisen und Telefongespräche führen. Ich bin auch viel erreichbar, wenn etwas vorfällt in der Familie, dann gehe ich hin. Es kann auch sein, dass mich nachts jemand anruft auch wegen Gewalt oder ähnliches. Ich muss dann überlegen, kontaktiere ich jetzt zuerst die Polizei oder geh ich selber hin? Und das sind alles so die Dinge, wo ich von vielen Hebammenkolleginnen höre, nein das das will ich gar nicht machen. Ich bin nicht dafür ausgebildet. Und ich muss wirklich sagen, meine Erfahrung zeigt mir, dass ich auf dem richtigen Weg bin. Aber ich mache das mit ganz viel Eigeninitiative, habe dort aber auch sehr viel Spielraum, weil ich nirgends eigentlich angegliedert bin. Ich kann überall auch sagen, okay nein, das nehme ich nicht. Oder das ist nicht meine Rolle oder doch, doch das kann ich mir vorstellen. Ich kann meinen Arbeitsrahmen eigentlich selber festhalten und das ist positiv. »¹⁹

5.1.5 Psychosozial belastete Familien

Unter dem Sammelbegriff der psychosozialen Belastung wurden von den Expertinnen Faktoren wie Migration, postnatale Depression, Suchtmittelkonsum sowie finanzielle und soziale Schwierigkeiten genannt.

Alle Expertinnen zeigten sich überzeugt, dass psychosozial belastete Familien mehr frühe Unterstützung benötigen. Diese Unterstützung geht mit besonderen Anforderungen an die Hebammenbetreuung einher. So sind Hebammen gefordert, Informationen zu weiterführenden Unterstützungsangeboten zu vermitteln, Kontaktadressen weiterzugeben oder die Vermittlung aktiv zu unterstützen. Einige Expertinnen äuserten explizit, dass sie Familien mit bestimmten Merkmalen (Migration, alleinerziehend, geringe Bildung) nicht per se als belastet einschätzen würden, sondern sich ein differenziertes Bild machen, indem auch Ressourcen berücksichtigt werden.

E: « Ich hatte noch keine solchen Situationen: denn Migrantinnen sind schlussendlich nicht immer psychosozial belastet, es sind häufig Frauen, die sehr gut zurechtkommen, also habe ich häufig keine lange Betreuung mit ihnen. Aber für wahrhaftig psychosozial belastete Fälle, schwierige Situationen, ich denke in solchen Fällen akzeptieren die Frauen eher, dass man länger vorbeikommt. » (übersetzt)²⁰

Sie bemühen sich bewusst, entsprechende Frauen oder Familien nicht vorschnell zu stigmatisieren und eine Entscheidung bezüglich des Unterstützungsbedarfs fallbezogen zu fällen. Dennoch wird deutlich, dass diese Einschätzung z.T. sehr anspruchsvoll ist, z.B., wenn Verständigungsprobleme vorliegen.

5.1.5.1 Zugang zu psychosozial belasteten Familien

Die Expertinnen beschreiben ihre Erfahrung, wonach psychosozial belastete Familien später als nicht belastete Familien in die Hebammenbetreuung kommen. Vermittelt werden diese Familien nach Auskunft der befragten Hebammen häufig durch im Spital tätige Gesundheitsfachpersonen.

S: « Also einerseits durch die Spitäler. Es hat, und das ist sehr gut, angefangen, dass die Hebammensprechstunden stattfinden in den Spitälern. Dass sie die Frauen früher sehen. Also im Zentrumsspital, im Inselspital wird das auch häufig so gemacht, dass die Kontrollen durch eine Hebamme ausgeführt werden. Und der Arzt macht einfach noch den Ultraschall und diese Dinge. Und wenn ihnen dort schon etwas auffällt in diesem System, wo sich die Familie bewegt, dann werde ich informiert: Mach einen Hausbesuch und dann hast du einen Eindruck und wir können vielleicht schauen, was braucht es mehr. Oder wenn bereits beim früheren Kind oder bei der Mutter eine Gefährdungsmeldung eingeht, die dann schwanger ist, wenn es eben um häusliche Gewalt geht, dann kommt der Kinderschutz oder der der Kinder- und Erwachsenenschutz, die mich dann vermitteln. Oder die den Auftrag an mich geben, dort bereits einzusteigen. »²¹

Eine Expertin betonte die Relevanz der Niedrigschwelligkeit von Vermittlungsangeboten für psychosozial belasteten Familien, wobei nicht nur die aufsuchende Betreuung gemeint ist. Ebenfalls ist die kostenfreie Leistungserbringung ein weiterer Faktor, der den Zugang zu psychosozial benachteiligten Familien unterstützt:

R: « (...) Es scheiterte früher manchmal auch oft an den Männern. Wenn ich dann am Telefon gesagt habe, du bezahlst dreissig Franken für die Vermittlung, dann hat der Mann gesagt zu teuer, machen wir nicht. Es braucht keine Hebamme. Und das ist natürlich heute auch nicht mehr, weil die Frau nix mehr bezahlen muss. Ich glaube, das ist ein weiterer Grund, dass die Frau sagt, ja klar kostet nix, nehmen wir. »²²

Machen die Familien gute Erfahrungen und bauen Vertrauen zur Hebamme auf, spricht sich das Angebot der Wochenbettbetreuung schnell herum und die Hürde, den Kontakt zu einer Hebamme selber aufzunehmen, kann überwunden werden.

S: « Ich denke, je mehr (Leute) mich kennen, desto mehr fragen sie mich an. Und ich habe fast nur noch sozial belastete Familien. Und ich hätte gerne zwischendurch ein normales Wochenbett. Habe ich auch, wenn ich Vertretungen machen kann, wenn die anderen in die Ferien gehen. Und das ist so schön. Dann kann ich einfach sitzen und schauen und es läuft alles so im normalen Rahmen ab. Das ist herrlich. Dann denke ich, ah ja es ist so angenehm. Und ich muss mir gar keine Gedanken machen. »²³

5.1.5.2 Arbeit mit psychosozial belasteten Familien

Es werden fünf übergeordnete Handlungsschritte in der Arbeit mit psychosozial belasteten Familien beschrieben: Kernbereich Wochenbettbetreuung, Identifikation des Bedarfs an weiterer Betreuung, Besprechung möglicher weiterer Angebote mit der Familie, Weiterleitung der Familien zu weiteren unterstützenden Angeboten durch Kontaktaufnahme mit den Ansprechpersonen und Gefährdungsmeldung beim Sozialamt (Abbildung 3).

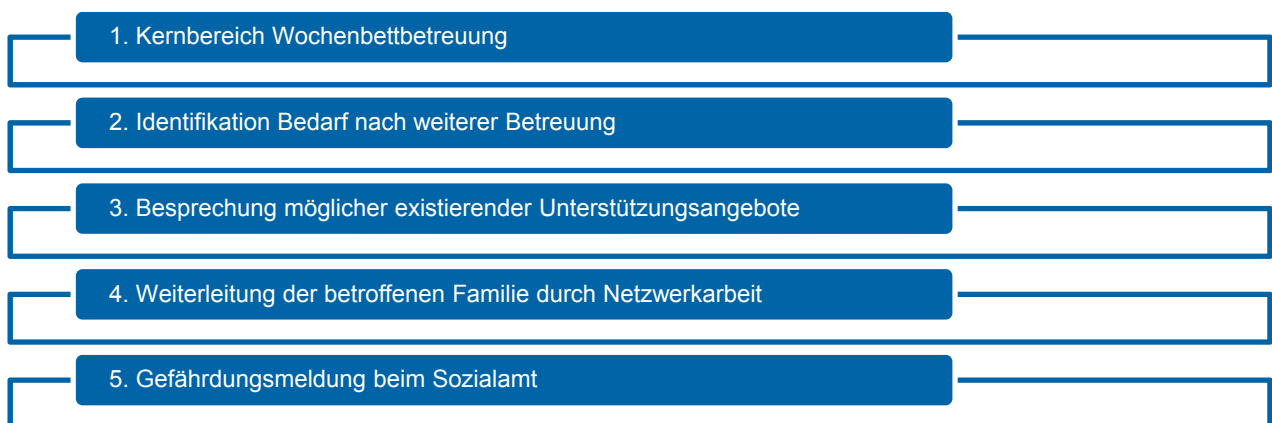


Abbildung 3. Handlungsschritte von Hebammen im Kontext der Betreuung psychosozial belasteter Familien

Je nach Fall und Verlauf werden die Handlungsschritte vollzogen bzw. nicht vollzogen und die Abfolge geändert.

(1) Kernbereich Wochenbettbetreuung

Die medizinisch fundierte Wochenbettbetreuung stellt einen wichtigen Teil der Hebammentätigkeit dar. Einige Probleme im Wochenbett, wie Stillbeschwerden oder kindliche Regulationsschwierigkeiten werden nach Erfahrungen von Hebammen durch psychosoziale Belastungen ungünstig beeinflusst. Gesundheitliche Probleme im Wochenbett, die durch medizinische Massnahmen gelindert oder geheilt werden können, werden nach Einschätzung der Expertinnen von Hebammen als vergleichsweise „leicht lösbar“ erfahren. Dagegen äusserten einige der befragten Expertinnen eine gewisse Hilflosigkeit in dem Bemühen, belastete Frauen oder Eltern zu stärken, ohne bei ihnen Versagens- oder Schuldgefühle auszulösen.

C: « Ja ich habe das Gefühl, vielleicht machen es viele intuitiv. Aber ich denke mir schon, oder ich merke jetzt schon für mich, ich stehe manchmal an, weil ich denke, was kann ich dieser Frau meine Beobachtungen sagen, damit sie nicht als Schuldgefühle rüberkommen. Es geht ja nicht um die Schuld. Weil das kann dann noch mehr Druck machen, wenn die Frau das Gefühl hat, sie sei schuld, dass sie das nicht kann. Es geht ja darum zu sehen, wo man sie jetzt unterstützen könnte. Aber manchmal weiss ich auch nicht, wie man sie wirklich unterstützen könnte. Wenn sie kein Umfeld haben, sie haben keine Eltern vielleicht, keine Mutter, niemand der kommt und sie sind alleine mit diesen Babys, die weinen. Und sie sind überfordert. Und es gibt keine Rezepte oder, wo man jetzt sagen kann, drücke auf diesen Knopf und dann ist dieses Baby ruhig. Aber wie könnte man jetzt diese Mütter unterstützen? Ich bin dann eine Stunde dort, bei mir ist das Kind ruhig, aber ich kann ja nicht immer dort sein. Aber ich weiss auch nicht, ob es ein Rezept gibt, was man dann machen könnte. »²⁴

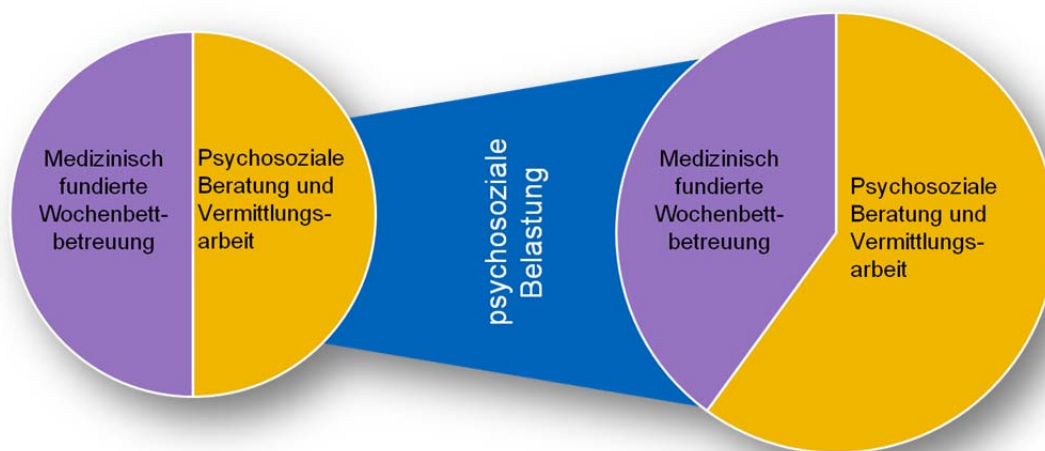


Abbildung 4. Veränderung der Tätigkeitsbereiche mit zunehmender Belastung der Familien

Die beschriebene Hilflosigkeit und der zeitliche Mehraufwand können ein Grund dafür sein, warum manche Hebammen sich klar auf ihren medizinischen Kernauftrag beziehen. Die psychosoziale Beratung beschränkt sich dann z.B. auf die Nennung potenzieller Dienste und Angebote, die für die Familie von Nutzen sein könnten. Diese Haltung wird durchaus als legitim angesehen, wenn geklärt ist, dass die Familien in der Lage sind (z. B. sprachlich), den entsprechenden Kontakt auch herstellen zu können. Sie wird gestützt durch die Tatsache, dass der Mehraufwand nicht bezahlt wird. Eine der Expertinnen betont, dass eine aktive Vernetzung von Familien mit Akteuren aus dem Sozialbereich im Rahmen ihres Leistungsauftrages nicht enthalten ist und immer an ein persönliches Engagement der einzelnen Hebamme gekoppelt ist.

R: « Dass ich verpflichtet bin, den vulnerablen Familien Hilfe zu geben und sie weiterzuleiten oder einem Netzwerk zuzuführen. Also mir wäre das nicht bekannt. »²⁵

(2) Identifikation des Bedarfs nach weiterer Betreuung

Zur Einschätzung einer besonderen psychosozialen Belastung und Feststellung der Bedürfnislage achten Hebammen auf verschiedene Aspekte. Die befragten Expertinnen führten z.B. Zeichen der Verwahrlosung, Hygienemängel und mangelhafte Pflege des Kindes als Hinweise auf, die auf einen besonderen Unterstützungsbedarf hinweisen. Weiterhin wurde ein erhöhter Alkoholkonsum sowie langfristig bestehende Unordnung oder Chaos im Haushalt genannt. Die befragten Hebammen nutzen darüber hinaus ihre monoprofessionellen oder interdisziplinären Netzwerke, um den Bedarf nach weiterer Betreuung besser einschätzen zu können. Komplexe Fälle werden vereinzelt oder regelmässig mit anderen Hebammen, Psychologen und Psychologinnen, Ärzten und Ärztinnen sowie anderen Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich besprochen.

(3) Besprechung weiterführender Angebote

Nicht nur bezogen auf die Betreuung psychosozial belasteter Familien, betonten die Expertinnen Prinzipien und Werte, die ihre Arbeit mit den Familien leiten. Genannt wurden:

- **Vertrauen:** ein Vertrauensverhältnis ist Grundlage der Beziehung zwischen Hebamme und Frau.
- **Kooperation:** Massnahmen werden mit der Frau und der Familie gemeinsam beschlossen
- **Autonomie:** das Ziel der Betreuung ist die Autonomie der Frau und der Familie zum Wohle der ganzen Familie.

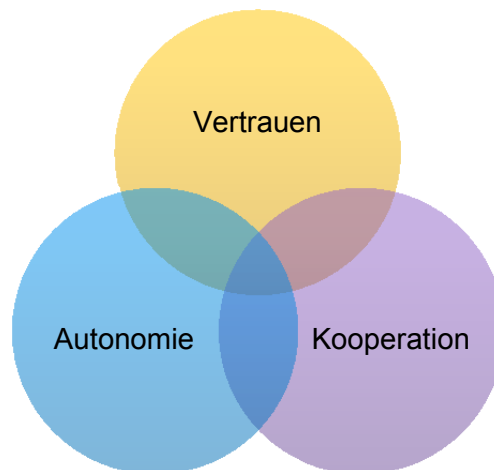


Abbildung 5. Prinzipien der Hebammenarbeit

Die befragten Expertinnen gaben an, dass sie ihre Einschätzung bezüglich eines potentiellen Unterstützungsbedarfs mit der Frau bzw. deren Partner besprechen. Primär wird dabei der Versuch unternommen, Familien mit ausreichend Informationen und Kontaktmöglichkeiten zu versorgen, damit diese in der Lage sind, sich ein klares Bild der Unterstützungsleistung zu machen und selbstständig Kontakt aufzunehmen. Fühlen sich die Frauen oder Partner z.B. auf Grund fehlender Sprachkenntnisse nicht in der Lage, erfolgt die Vermittlung durch die Hebamme. Jeder Entscheid bezüglich einer Vermittlung an einen anderen Dienst müsse aber, so die Meinung der Expertinnen, von der Frau und ihrer Familie getragen werden. In diesem Zusammenhang beschreiben die Befragten Situationen, in denen Frauen den Schritt in die weitere Betreuung nicht tätigen wollten. Hier wirken die Werte des Vertrauens und der Kooperation dahingehend, dass die Hebammen die Frauen nicht zu weiteren Schritten drängen, sondern die Entscheidung bei ihnen zu belassen. Dies verbunden mit der Hoffnung, dass die Familie die Unterstützungsangebote zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch nimmt.

E: « Ich verwende gerne die Metapher des Kleinen Prinzen, ich denke als Hebamme muss man akzeptieren, dass dieses Vertrauensverhältnis nicht in einem Besuch entstehen wird, dass es etwas ist was wirklich Zeit braucht und dass häufig, das passiert wirklich häufig, dass ich Frauen begleite die schon eine antenatale Depression hatten und die keinen Psychiater sehen wollten, auch wenn ich sanft versuchte sie dorthin zu leiten, und als sie dann das Kind kriegten und sie wurden auch noch mit den Schwierigkeiten mit dem Baby konfrontiert und ich ihnen dann sage, dass unsere Zeit zusammen zu Ende geht, dann sind sie eher bereit zu akzeptieren, dass man sie an jemanden weiterleitet. Und manchmal hinterlasse ich ihnen einfach eine Telefonnummer einer Fachperson auch wenn sie nicht hingehen wollen und (...) ich hatte auch schon Fälle wo sie dann als das Kind 8 Monate alt war dann doch hingingen. Und so versuche ich einfach die Saat zu pflanzen die dann vielleicht später aufgeht. » (übersetzt)₂₆

L: « Ich spreche eventuell einfach mit der Familie, dass es dieses Angebot gibt und ob sie wollen, dass ich Kontakt aufnehme oder ob sie selber Kontakt aufnehmen wollen. Und sie haben eigentlich immer selber Kontakt aufgenommen. Oder mit der Psychologin, es gibt eine Psychologin (...) und

ich habe manchmal darauf hingewiesen. Ich sage eigentlich einfach: das gibt es (als Angebot). Möchtet ihr das? Das würde noch helfen ja. »²⁷

(4) Weiterleitung der betroffenen Familie durch Netzwerkarbeit

Es gibt jedoch auch Beispiele, in denen Hebammen den Übergang zu einem weiterführenden Betreuungsangebot aktiv gestalten. Ein Beispiel für eine solche „Übergabe“ ist z.B. mit den Mütter- und Väterberaterinnen üblich.

R: « Um zehn Uhr kommen wir beide zu dir. Wir machen ein Gespräch am Tisch und ich übergebe dich sozusagen an die Mütter-Väterberaterin. Das hab ich immer sehr positiv erlebt. Weil die Frau dann wusste, jetzt ist die andere Person zuständig und die hat das Wissen. (...) Und dann hab ich Rapport abgegeben. Aber dann muss ja die Frau auch einverstanden sein, dass man das macht. Und wenn's dann gar, eben wenn's schwierig war, habe ich das gemeinsam gemacht diese Besuche. Ich fand die immer eine Bereicherung, weil man lernt ja auch wieder von der anderen Berufsgruppe, wie sie damit umgehen. Weil man hat einen gemeinsamen Nenner und kann diesen Fall unter Umständen nochmal nachbesprechen »²⁸

In einigen Fällen erfolgt die Weiterleitung der Familien an andere Gesundheits- und Sozialdienste. So beispielsweise, wenn Hebammen Familien ans Sozialamt weiterleiten, indem sie die zuständigen Ansprechpersonen kontaktieren und den Übergang mitbegleiten. Auch hier gilt die Zusammenarbeit mit der Familie als oberstes Gebot. Die Übergabe an andere Akteurinnen und Akteure der spezifischen Frühen Förderung wird von einigen Hebammen auch als Verlust beschrieben, der wiederum die Bereitschaft, die Familie „abzugeben“, einschränkt.

R: «Das finde ich, ist ein grosses Problem, dass die Hebammen nachher nicht wissen, was mit den Frauen passiert. Das fehlt. Die Mütter Väterberaterin erwarten ja immer den Rapport, wenn etwas ist. Aber sie haben ja auch Schweigepflicht und mich interessiert es manchmal nach einem halben Jahr, beschäftigt einem vielleicht diese Familie. Wie lief's da weiter? (...) Das müsste man überdenken, weil es das Interesse ist eben dann vielleicht nicht mehr so gross immer abzugeben, wenn ich nicht weiss, was nachher passiert. »²⁹

(5) Gefährdungsmeldung

In seltenen Fällen erfuhren die befragten Hebammen Situationen, in denen das Kindeswohl durch die Lebensumstände der Eltern gefährdet schien. In diesen Fällen besteht für Hebammen die Möglichkeit einer Meldung bei der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB), die im Extremfall zur Herausnahme des Kindes aus der Familie führen kann.

Gemeinsam war den Expertinnen die Haltung, dass ein solcher Schritt sorgfältig abzuwägen ist und als letzte mögliche Lösung in Betracht gezogen werden sollte. Die Seltenheit dieser Fälle scheint durch die Tatsache bestätigt, dass manche der Expertinnen noch nie einer solchen Situation begegnet waren:

L: « Dass ich einfach manchmal sagen muss, jetzt aus der, ich bin eine Hebamme und das sind jetzt meine Grenzen und ich sehe, da müssen wir jetzt weiter. Aber ich habe eigentlich noch nie eine solche Gefährdungsmeldung gemacht, weil die Eltern es meistens eingesehen haben. »³⁰

Andere erwähnten jedoch Situationen, in denen sie extreme Vernachlässigung oder Gewalt in der Familie festgestellt hatten. In solchen Situationen kam es vor, dass eine Familie dem Kinderschutz gemeldet werden musste. Auch bei diesen Gefährdungsmeldungen gilt für viele der Expertinnen die Maxime, dass auch die Eltern in diese Entscheidung miteinbezogen werden sollten. Manche von ihnen berichten dennoch von Fällen, in denen die Meldung an die KESB zu einem anschliessenden Kontaktabbruch zwischen ihnen und der Familie geführt hatte.

S: « Ich hatte vielleicht jetzt zwei oder drei Fälle, die eskaliert waren, wo die Familie wirklich uneinsichtig war. Dann aber hatte ich schon die Unterstützung oder auch eben den Kinderschutz im Rücken oder den Sozialdienst, wo wir zusammen festlegten, okay jetzt machen wir eine Meldung. Aber dann war ich es nicht direkt, sondern es war der Sozialdienst, die dann wirklich eingegriffen haben. Es ist schon heikel. »³¹

5.1.6 Auswirkungen der Verlängerung der Hebammenarbeit auf 8 Wochen

Durch die Verlängerung der Wochenbettbegleitung freipraktizierender Hebammen auf 8 Wochen nach der Geburt wird das Zeitfenster verlängert innerhalb dessen Hebammen die Familien mit neugeborenen Kindern begleiten. Im Falle psychosozial belasteter Familien bedeutet dies eine längere Zeit, in der die Hebammen im Rahmen der aufsuchenden Wochenbettbetreuung gegenwärtige Belastungen der Familie erkennen können. Damit erhöht sich aus Sicht der Expertinnen auch das Potenzial, durch Netzwerkarbeit die Familien besser zu unterstützen. Damit steigt einerseits der Anreiz für Hebammen, sich der Aufgabe der Netzwerkvermittlung zu widmen, ohne dass das Problem der Definition des Kernauftrags und der Bezahlung für diese Leistung geregelt wäre. Dieses Spannungsfeld zwischen Potentialen und Hürden wird mehrfach thematisiert.

Ein weiterer Punkt, den die Expertinnen ausführen, betrifft die Frage der Qualifikation. So drücken mehrere Expertinnen ein Unbehagen darüber aus, dass, vor allem bei der Arbeit mit psychosozial belasteten Familien, es einen Mangel an klaren Kriterien gibt, die das Assessment des Unterstützungsbedarfs leiten und sie in der Kommunikation mit anderen Akteuren der Frühen Förderung qualifiziert.

N: « Ich glaube, man kann es nicht so systematisch machen, dass man sich dann hinsetzt mit diesem Fragebogen. Ich glaube, man müsste die Hebammen natürlich schulen, aber ich vermisse manchmal in unserer Arbeit die harten Kriterien, allgemein. Es ist häufig, und das ist ja wichtig in unserem Beruf, eher ein Eindruck: diese Frau kommt nicht zu Recht wegen so und so. Und das ist häufig so ein bisschen schwammig. Aber sich auch ausdrücken zu können und benennen zu können was los ist fände ich eigentlich noch wichtig. Auch um Rapport abgeben zu können zum Beispiel einem oder um ernst genommen zu werden von Ärzten oder von halt noch akademischeren Leuten vielleicht (...). Ja und das ist natürlich, die Komplexität hat vielleicht zugenommen, respektive auch die Ansprüche haben zugenommen und auch die Hilfsangebote sind massgeschneiderter. Wir müssen ja auch evaluieren können, wer gehört jetzt da hinein überhaupt und warum gehört er hier hinein um einer Frau oder einem Paar, einer Familie sagen zu können, wir meinen es wäre gut du würdest in die und die Beratungsstelle gehen weil... Also einfach mit den Facts, die klarmachen, das wäre ein Gewinn für die Frau. (...). »³²

Durch die Arbeit mit psychosozial belasteten Familien werden für spezifische Bereiche spezifische Kompetenzen benötigt. Diese müssen identifiziert und durch gezielte Fort- und Weiterbildungen erworben werden können.

S: « Ich habe mir überlegt was ich zum Arbeiten brauche. Und das war schon, war schnell klar. Ich brauche irgendwo eine Gesprächsführung, ich muss dort eine Weiterbildung haben. Ich muss mich dort wirklich besser ausdrücken können oder eben auch auf einem niedrighschwelligen Niveau. Wie gehe ich mit den Familien um? Und das habe ich dann wirklich so gemacht. Ich habe z.B. gesehen, ich werde konfrontiert mit häuslicher Gewalt mit Misshandlung der Kinder. Ich habe dort spezifisch einfach Weiterbildungen besucht. Wie reagiere ich in solchen Fällen, wie gehe ich damit um. Was fällt mir auf? Und wenn ich eben länger in einer Familie bin, dann kann ich das auch erfassen. Also das ist alles sehr wirklich fein, sind sehr feine Dinge. (...). »³³

S: « Es gibt dort meines Erachtens schon so etwas wie einen Kurs oder eine Weiterbildung an der Fachhochschule spezifisch für diesen Bereich. Dass man ein Zertifikat machen kann, dass man dann wirklich auch, sich das fokussiert sich dann auf Hebammen die das wirklich wollen. Man könnte sich eben auch regional vernetzen und zusammenarbeiten. Dass das alles auch vielleicht ein wenig strukturierter ging. (...). »³⁴

Den Hebammen stellt sich die Frage nach der Dauer und den Aspekten der nachgeburtlichen Betreuung, die von Hebammen geleistet werden können oder zu ihrem Aufgabenprofil gehören sollen. Die Grenze zwischen allgemeiner Wochenbettbetreuung und spezialisierter Beratung sind dabei Gegenstand der Diskussion.

C: « Vom Hebammenwissen her würde ich dann schon irgendwann am Anschlag sein. Also dann, weisst du, wenn es jetzt wirklich länger wäre als die sechsfünfzig Tage, habe ich das Gefühl, das wäre nicht mehr mein Gebiet. Ich habe das Gefühl, dann müsstest du dann schon eher wie

Sozialarbeiterin sein, dass du auch die ganzen Abläufe kennst, wie läuft jetzt das, wann, wie, Schuldensanierung etc. Wo ich einfach keine Ahnung habe eigentlich. »³⁵

5.1.7 Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Experteninterviews

Aus der Analyse der qualitativen Interviews mit elf berufserfahrenen Hebammen aus der ganzen Schweiz können fünf Kernaussagen zusammengefasst werden.

1. Die befragten Hebammen sind der Netzwerkarbeit gegenüber positiv eingestellt. Sie entwickeln und unterhalten Netzwerke meist zum Wohle der Familien und Kinder, die sie betreuen. Darüber hinaus ermöglicht ihnen die Netzwerkarbeit eine flexiblere Organisation der Wochenbettbetreuung, um so dem gestiegenen Bedarf nach ambulanter Versorgung zu entsprechen.
2. Auch wenn diese Netzwerke häufig nicht dem klassischen theoretischen Begriff der interdisziplinären Zusammenarbeit entsprechen, handelt es sich hierbei um punktuelle, regelmässige oder sogar institutionell verankerte Kooperationen. Die häufigsten der erwähnten Netzwerke betrafen die Zusammenarbeit mit anderen Hebammen, die Zusammenarbeit mit der Mütter- und Väterberatung sowie mit Akteurinnen und Akteuren des Sozialsystems und mit in Spitälern beschäftigten Gesundheitsfachpersonen.
3. Vor allem in der Betreuung psychosozial belasteter Familien sind sich die Expertinnen über den potenziellen Wert der Netzwerkarbeit einig, denn Hebammen sind in Familien mit Neugeborenen früher und direkter präsent als jede andere Berufsgruppe des Gesundheits- oder Sozialsystems. Die Niedrigschwelligkeit des kostenneutralen Zugangs zu belasteten Familien wird durch die Verlängerung der Wochenbettzeit im häuslichen Umfeld verstärkt.
4. Trotz dieses Potenzials sehen die Expertinnen aber auch Faktoren, die die Skepsis von Hebammen gegenüber Netzwerkarbeit fördern können. Insbesondere die fehlende Entlohnung ist problematisch, da die Vernetzung zeitlich und organisatorisch komplex und aufwendig ist. Hinzu kommt, dass die meisten Netzwerke eher informellen Charakter haben und stark von der Eigeninitiative der Akteurinnen und Akteure abhängig sind. Ein Zustand, der auf Dauer als ineffizient und kräftezehrend beschrieben wird.
5. Sollten Hebammen vermehrt Aufgaben in der Netzwerkarbeit übernehmen, müsste nach Meinung der Expertinnen auch die Aus- oder Fortbildung von Hebammen angepasst werden.

5.2 Ergebnisse der Online-Umfrage

5.2.1 Datenrücklauf

Mit der Online-Befragung im Zeitraum vom 25. April bis 12. Juni 2017 wurden 401 auswertbare Datensätze erhoben. Für die Berechnung der Rücklaufquote kann nicht die Zahl aller 1'554 zum Zeitpunkt der Umfrage beim SHV registrierten freipraktizierenden Hebammen verwendet werden, da die Umfrage sich ausschliesslich an Hebammen richtet, die im Jahr 2016 in der ambulanten Wochenbettbetreuung tätig waren. Dies schliesst Hebammen aus, die im Jahr 2016 nicht freipraktizierend aktiv waren, sowie Hebammen, die frei beruflich in anderen Bereichen (z.B. Schwangerenvorsorge oder Geburtsvorbereitung) tätig waren, nicht aber in der Wochenbettbetreuung. Als Basis für die Rücklaufquote wurden deshalb Zahlen aus der obligatorischen Tätigkeitserfassung des Schweizerischen Hebammenverbands SHV (Erдин, Grylka-Bäschlin et al., 2017) verwendet. Im Jahr 2016 hatten insgesamt 1'379 Hebammen Fälle mit Wochenbettbetreuung in dieser Erfassung eingereicht. Daraus ergibt sich eine gesamtschweizerische Rücklaufquote von 29.1 Prozent für die Online-Befragung.

Für eine Abschätzung der Rücklaufquote in den verschiedenen Regionen der Schweiz wurde die Sektionszugehörigkeit der Hebamme in den Daten der Tätigkeitserfassung als Basis verwendet. In der Online-Befragung liegt die Angabe zur Frage, in welchen Kantonen die Hebamme freipraktizierend tätig war in 2016, vor. Die einzelnen Kantone können zwar eindeutig den Sektionen des SHV zugeordnet werden, wobei eine Sektion häufig aus mehreren Kantonen besteht. Freipraktizierende Hebammen sind jedoch oft in mehr als einem Kanton tätig und konnten auch in der Befragung mehrere Kantone als Tätigkeitsgebiet angeben. Deshalb konnten die Teilnehmerinnen der Befragung nicht immer eindeutig einer Sektion

zugeordnet werden. Um trotzdem zu einer Abschätzung der Rücklaufquoten in den Regionen zu gelangen, wurde hierfür folgende Annäherung angewendet: Hebammen mit einer Tätigkeit in mehreren Kantonen wurden jeweils der kleinsten in Frage kommenden Sektion zugeordnet. Dies führte dazu, dass die Zahlen in Abbildung 6 als grobe Annäherung zu verstehen und mit Vorbehalt zu interpretieren sind. Es ist davon auszugehen, dass mit dem gewählten Vorgehen die Rücklaufquoten in kleinen Sektionen wie Schwyz, Fribourg, Tessin und Wallis überschätzt, diejenigen in grossen Sektionen wie Zürich, Bern, Ost-Schweiz und Vaud-Neuchâtel-Jura hingegen unterschätzt werden. So gibt es z.B. für die beiden grössten Sektionen Bern und Zürich und Umgebung 34, resp. 35 Hebammen, die auch im Kanton Bern, resp. Zürich tätig sind, aber aufgrund ihrer Tätigkeit in anderen Kantonen einer anderen Sektion zugeordnet worden sind.

Da fälschliche Zuordnungen ausschliesslich zwischen benachbarten Sektionen vorkommen sollten, zeigen die Zahlen in Abbildung 6 deutlich, dass es bei der Rücklaufquote regionale Unterschiede gibt. So sind in den westlichen Landesteilen unterdurchschnittliche, in den zentralen, östlichen und südlichen Landesteilen hingegen überdurchschnittliche Rücklaufquoten zu beobachten.

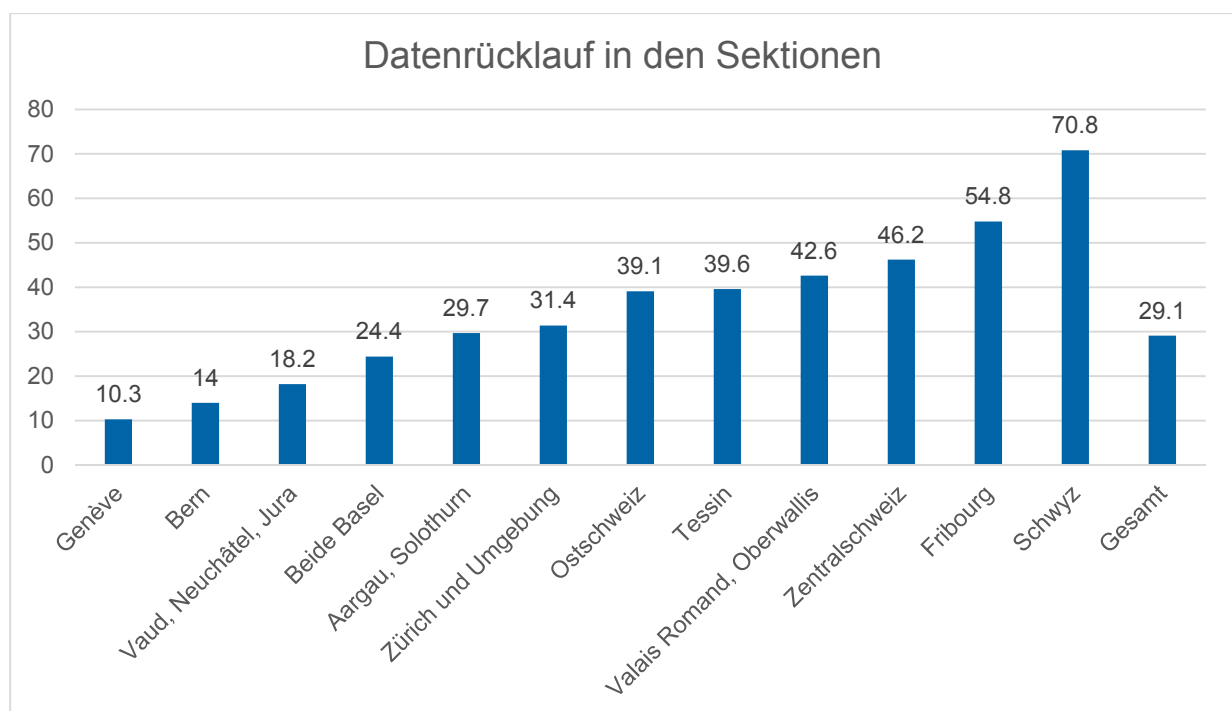


Abbildung 6. Datenrücklauf in den Sektionen des SHV

Anmerkung: 1'379 Hebammen mit Wochenbettbetreuungen in 2016. Hebammen in der Befragung n=401, Angaben in Prozent.

5.2.2 Soziodemografische Angaben der Teilnehmerinnen

Eine Übersicht zum Mittelwert, der Standardabweichung und der Spannweite der soziodemografischen Merkmale bietet Tabelle 3. Häufigkeitsverteilungen für einzelne Merkmale wie Alter, Berufserfahrung und Betreuungsquote werden über die Abbildungen 2 bis 5 dargestellt. Zudem wird in Tabelle 4 ein Überblick über die Verteilung der Tätigkeits- und Sprachregionen der Hebammen gegeben.

Tabelle 3. Soziodemografische Merkmale

	Mittelwert (SD) Range
Alter (Jahre)	47.4 (9.5) 26 - 71
Berufsjahre	20.7 (9.6) 1 – 48
Betreuungsquote (Familien/Monat)	5.5 (4.1) 1 – 23.3
	Prozent (n)
Tätigkeitsregion / Gebiet	
ländlich	48.9 (196)
klein-/mittelstädtisch	37.4 (150)
grosse Stadt	26.2 (105)
Agglomerationsgürtel	23.9 (96)

Anmerkung: n=401, Mehrfachnennungen möglich; Ländliches Gebiet = Städte und Dörfer bis 5.000 Einwohner (EW); klein-/mittelstädtisches Gebiet = bis zu 50'000 EW; grosse Stadt = >50'000 EW; Agglomerationsgürtel/Peripherie = sowohl ländlich als auch städtisch.

Im Mittel waren die Hebammen gut 47 Jahre alt, die jüngste 26 und die älteste 71 Jahre alt. Mit einer Anzahl von 143 Hebammen, ist die Altersgruppe der über 50- bis 60-Jährigen die stärkste Gruppe (35,7 %). Nur acht Hebammen waren unter 31 Jahren alt (2 %). Über das Rentenalter (≥ 64 Jahre) hinaus waren 16 Hebammen noch freipraktizierend tätig (3 %).

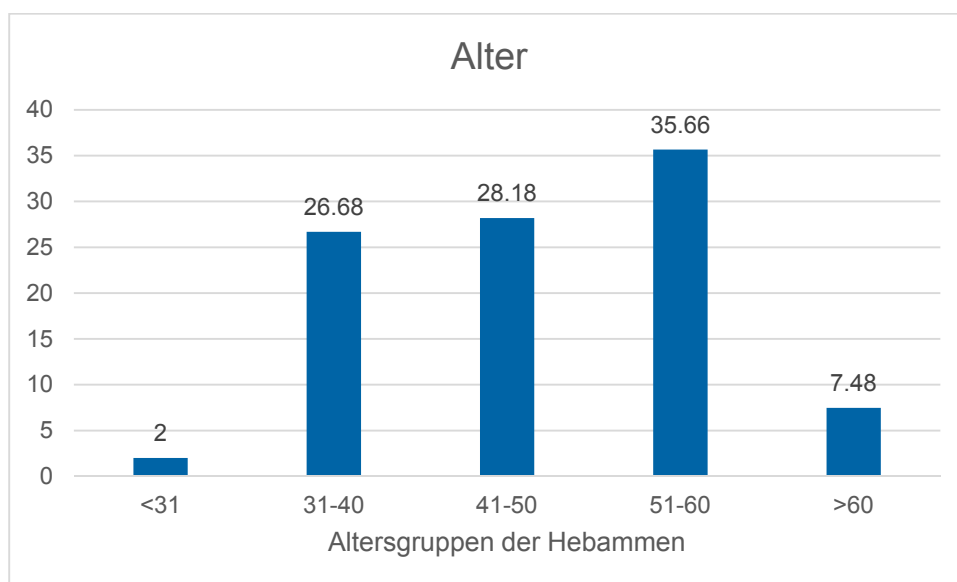


Abbildung 7. Alter der Studienteilnehmerinnen

Anmerkung: n = 401, Angaben in Prozent

Die Berufserfahrung wurde für das Referenzjahr 2016 berechnet. Eine Hebamme gab an, noch in 2016 ihre Ausbildung beendet zu haben. Ihre Berufserfahrung beträgt einige Monate, die als 0 Jahre gezählt werden. Die Berufserfahrung erstreckte sich demnach von 0 bis 47 Jahren mit einem Mittelwert von 19.7 Jahren. Ein Viertel der Hebammen war weniger als 12 Jahre und ein Viertel mehr als 27 Jahre im Beruf. Die Verteilung zeigt auf, dass fast alle Teilnehmerinnen über langjährige Berufserfahrungen verfügten. Mindestens 14 und

höchstens 26 Hebammen (3.5/6.5 %) haben ab 2010 (HESAV Lausanne; BFH Bern) oder ab 2012 (ZHAW Winterthur) ihre Primärausbildung mit einem Bachelor of Science abgeschlossen.

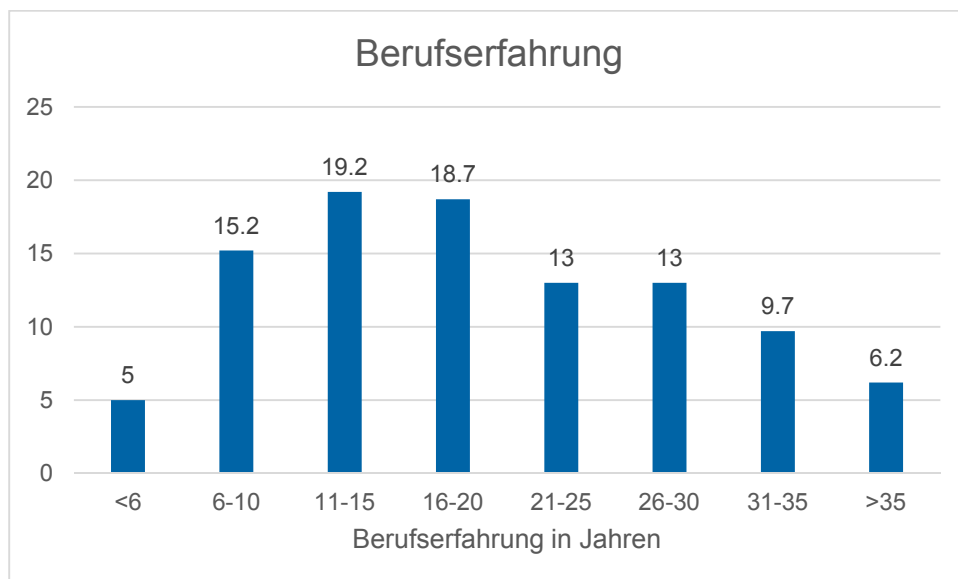


Abbildung 8. Berufserfahrung der Studienteilnehmerinnen

Anmerkung: n = 401, berechnet für das Bezugsjahr 2016, Angaben in Jahren

Als Referenzeinheit der Online-Befragung wurden die in 2016 betreuten Frauen und Familien gewählt. Die Hebammen wurden gebeten, ihre Antworten auf diese Betreuungen zu beziehen. 344 Hebammen gaben an, während des gesamten Jahres in der Wochenbettbetreuung tätig gewesen zu sein. Ein Anteil von 37.8 Prozent der Hebammen betreute bis zu 40 Familien im Bezugsjahr der Studie (Abbildung 9). Insgesamt zwei Drittel der Hebammen bis zu 80 Familien. Ein weiteres Viertel 81 bis 160 Familien und einzelne Hebammen weit darüber hinaus.

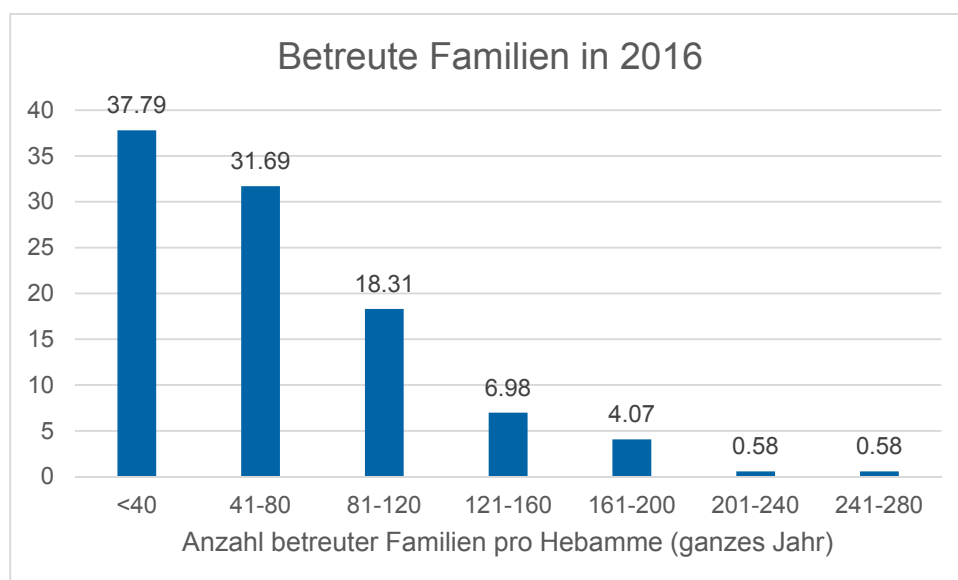


Abbildung 9. Anzahl der betreuten Familien in 2016

Anmerkung: Angaben von 344 Hebammen, die über das gesamte Jahr 2016 Wochenbettbetreuungen durchführten.

Von den 57 Hebammen, die 1-10 Monate in 2016 arbeiteten, betreuten 79 Prozent eine bis 40 Familien, knapp 16 Prozent 41-80 Familien und gut 5 Prozent mehr als 80 Familien in 2016.

Um alle Angaben besser vergleichen zu können, wurde eine Betreuungsquote berechnet, die anzeigt, wieviele Familien die einzelne Hebamme durchschnittlich pro Monat betreute. Die monatliche Betreuungsquote liegt in der Stichprobe im Mittel bei 5.5 Familien (SD 4.1). Die Hälfte der freipraktizierend tätigen Hebammen betreute bis zu vier Familien pro Monat (Abbildung 10). Je ein Viertel zwei bis drei und drei bis vier Frauen. Ein weiteres Viertel der Hebammen betreute vier bis acht und das letzte Viertel neun bis 23 Frauen pro Monat. 95 Prozent der Hebammen betreuten bis zu 13 Frauen pro Monat. 20 Hebammen kamen auf eine Betreuungsquote von 13 bis mehr als 23 Frauen monatlich. Wenn die für die Schweiz angegebene mittlere Besuchsquote von 6.8 pro Familie (Erudin, Grylka-Bäschlin et al., 2017, S. 14) zugrunde gelegt wird, würden diese Hebammen im Monat zirka 90 bis maximal 156 Hausbesuche tätigen.

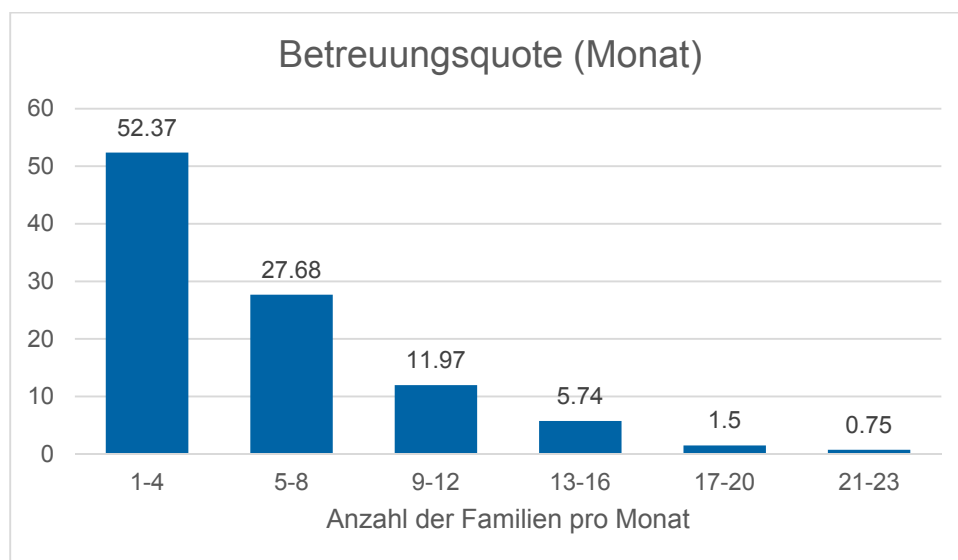


Abbildung 10. Monatliche Betreuungsquote

Anmerkung: n = 401 Hebammen, Berechnungen der Anzahl der Familien erfolgten mit gerundeten ganzen Zahlen.

Tätigkeitsregionen

Die Teilnahmequoten in den Kantonen wurden in Kapitel 5.2.1 beschrieben. An dieser Stelle werden Daten für die Regionen, in denen die Hebammen tätig waren, betrachtet und zusammenfassend in Tabelle 6 präsentiert.

Annähernd die Hälfte der befragten Hebammen war im ländlichen Raum tätig. 124 Hebammen arbeiteten über mehrere Gebiete hinweg; die Mehrheit sowohl im ländlichen als auch kleinstädtischen Raum (n=70). 105 Hebammen gaben an, in einer Stadt mit mehr als 50'000 Einwohnern tätig zu sein. Für die meisten dieser Hebammen machte dies aber nur einen Teil ihres Einzugsgebietes aus, der in den Agglomerationsgürtel und zum Teil darüber hinaus in den ländlichen Raum hinreichte. Aus den Daten lässt sich allerdings nicht ableiten, wie viele der Hebammen aus dem ländlichen Raum in den städtischen Bereich hinein oder umgekehrt ihr Einzugsgebiet erschlossen haben.

Hebammen im Tessin waren fast ohne Ausnahme in eher ländlichen bis mittelstädtischen Regionen tätig. Von den 19 teilnehmenden Tessiner Hebammen waren 13 in Dörfern bis 5'000 Einwohnern tätig (68.4 %). In Lugano, als einziger Stadt mit mehr als 50'000 Einwohnern, arbeitete demnach keine der teilnehmenden Hebammen. Im Tessin gibt es 10 Städte mit einer Einwohnerzahl von >5'000 bis <50'000. In diesem mittelstädtischen Gebiet lag der Wirkungsbereich von 10 Hebammen.

Die Arbeit in ländlichen Gebieten machte unter den 299 Hebammen in den deutschsprachigen Kantonen einen Anteil von 45.5 Prozent aus. In den Französisch sprechenden Kantonen berichteten 47 von 83 Hebammen (56.6 %) davon, in ländlichen Regionen tätig zu sein.

Tabelle 4. Ländliche oder städtische Tätigkeitsregionen in den drei Sprachregionen der Schweiz

Region	Sprachregionen der Schweiz			
	Italienisch n = 19 n (%)	Französisch n = 83 n (%)	Deutsch n = 299 n (%)	Gesamt n = 401 n (%)
<5'000	13 (68.4)	47 (56.6)	136 (45.5)	196 (48.9)
>5'000 - 50'000	10 (52.6)	39 (47.0)	101 (33.8)	150 (37.4)
>50'000	0	22 (26.5)	83 (27.8)	105 (26.2)
Agglomeration, Peripherie	1 (5.3)	20 (24.1)	75 (25.1)	96 (23.9)
Ländliches - mittelstädt. Gebiet	18 (94.7)	50 (60.2)	164 (54.8)	232 (57.9)

5.2.3 Netzwerkarbeit von Hebammen

Fragen:

Sind Sie in irgendeiner Form von Netzwerk integriert/engagiert?

In welchem Netzwerk sind Sie integriert? / Warum sind Sie nicht in einem Netzwerk?

Wie sehen die Rahmenbedingungen in Ihrem Netzwerk aus?

Welche Vorteile sehen Sie darin, in einem Netzwerk organisiert zu sein? / Welche Vorteile könnte es für Sie haben, in einem Netzwerk organisiert zu sein?

Welche der folgenden Rahmenbedingungen und Massnahmen würden sich förderlich auf Ihre interdisziplinäre Netzwerkarbeit auswirken?

Der Frage nach dem Integriertsein in einem Netzwerk wurde folgende eigene Definition vorangestellt:

Ein Netzwerk ermöglicht eine formelle und strukturierte Zusammenarbeit von verschiedenen Fachpersonen oder Anbietern mit einem gemeinsamen Ziel, z. B. einer bedürfnisorientierten Versorgung von Familien mit erweitertem Unterstützungsbedarf. Die Mitglieder des Netzwerkes nehmen ihre berufsspezifischen Aufgaben wahr und unterstützen sich gegenseitig, um das Ziel zu erreichen.

349 Hebammen haben die Frage nach einem Engagement in einem Netzwerk beantwortet (fehlende Werte n=52, 13 %). Davon waren 219 Hebammen in einem Netzwerk engagiert (62.8 %) und 130 waren es nicht.

Von den 219 vernetzten Hebammen gaben 106 an, in „reinen Hebammennetzwerken“ engagiert zu sein und 53 in interdisziplinären Netzwerken. Weitere 60 Hebammen waren sowohl in monoprofessionell als auch in interdisziplinären Netzwerken integriert (Abbildung 11).

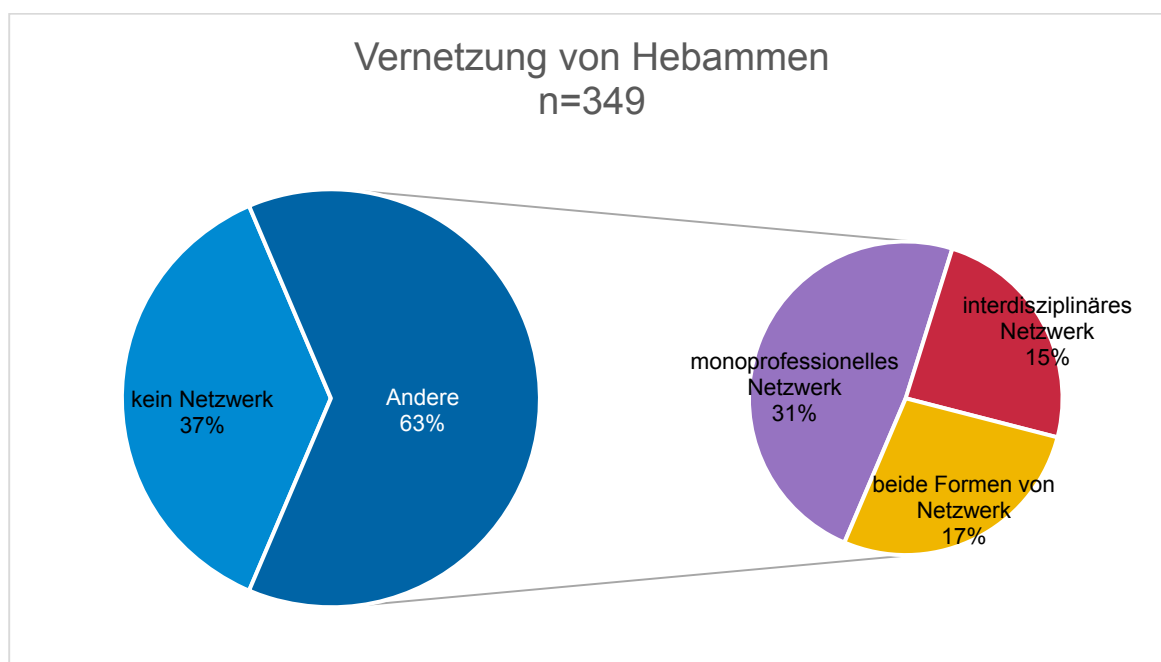


Abbildung 11. Vernetzung von Hebammen

Anmerkung: fehlende Werte n=52

Das Engagement in Netzwerken unterschied sich je nach Tätigkeitsregion signifikant voneinander (Tabelle 5). Drei Viertel (75.8 %) der im städtischen Bereich und gut die Hälfte (53.0 %) der im ländlichen Bereich tätigen Hebammen waren in irgendeiner Form von formellem Netzwerk integriert ($p < 0.001$, df 3).

Tabelle 5. Engagement in Netzwerken

Tätigkeitsregion	Art des Netzwerks			
	Kein Netzwerk	Monoprofessionelles Netzwerk	Interdisziplinäres Netzwerk	Beide Formen des Netzwerks
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Städtisch	36 (24.2)	57 (38.3)	22 (14.8)	34 (22.8)
Ländlich-mittelstädtisch	94 (47.0)	49 (24.5)	31 (15.5)	26 (13.0)
Gesamt	130 (37.2)	106 (30.4)	53 (15.2)	60 (17.2)

Anmerkung: Unterschiede zwischen den Tätigkeitsregionen waren signifikant auf einem Niveau von < 0.1 Prozent. Fehlende Werte n = 52

52 Teilnehmerinnen waren mit Familystart Zürich, 14 mit Familystart beider Basel und 8 mit Arcadesages-femmes vernetzt. Zwölf Hebammen arbeiteten zusammen mit Guter Start ins Kinderleben Thurgau, neun mit Zeppelin und fünf mit PROFA. Zudem arbeiteten 81 Hebammen in zahlreichen weiteren Netzwerken.

Gründe für fehlende Vernetzung

130 (37.2 %) Hebammen gaben an, nicht in einem Netzwerk eingebunden zu sein. Für die Gründe der nicht vorhandenen Vernetzung lassen sich in den Tätigkeitsregionen nur geringfügige oder keinerlei Unterschiede feststellen. Insgesamt begründeten 46 von 129 antwortenden nicht vernetzten Hebammen (35.7 %) diesen Umstand damit, dass es keine Netzwerke in ihrer Region gab. Dies sind 9 von 36 (25.0 %) im städtischen Bereich und 37 von 92 (40.2 %) im ländlichen Bereich arbeitenden Hebammen. 52 Hebammen (40.3 %) äusserten, keinen Bedarf an formeller Vernetzung zu haben. Ihnen sind verschiedene Akteure bekannt, mit

denen sie im Bedarfsfall zusammenarbeiten (Ad-hoc-Netzwerke). Diese Angaben sind in den Regionalgruppen annähernd identisch. 29 Hebammen (22.5 %) antworteten, dass ihnen die Zeit für die Arbeit in einem Netzwerk fehlte. Von den städtisch tätigen Hebammen äusserten 11 (30.6%) und von den ländlich tätigen Hebammen 18 (19.6 %), dass ihnen für Netzwerkarbeit nicht ausreichend zeitlichen Ressourcen zur Verfügung stünden.

Organisation der Netzwerktreffen

Fast alle Netzwerke, in denen die Hebammen integriert waren, wurden zentral organisiert (79.1 %, fehlende Werte n=57). Dazu zählten die Organisation der Treffen, Einladungen, Räumlichkeiten und der Durchführung. Sieben Hebammen (4.3 %) waren in Netzwerken ohne eine zentral geregelte Organisation (Abbildung 12). Die Treffen wurden im Allgemeinen zumindest teilweise moderiert und protokolliert (93.1 %, fehlende Werte n=60). Fast ausnahmslos verfügten die Hebammen über die Kontaktdaten der Akteure im Netzwerk; zumeist vollständig (n=126, 78.8 %) oder zumindest teilweise (n=32, 20.0 %). Nur 28 Hebammen (17.7 %) berichteten, dass die Organisation der Netzwerktreffen unabhängig vom Engagement einzelner Teilnehmer/-innen erfolgte (fehlende Werte n=61). Für die Netzwerke von 72 Hebammen (45.6 %) hing die Organisation vollständig und für weitere 58 (36.7 %) zumindest zum Teil vom Engagement einzelner ab.

Die Aussagen zur Organisation und Durchführung der Treffen wurden getrennt in den Gruppen "reines Hebammennetzwerk" und interdisziplinäres Netzwerk untersucht. Hebammen, die in beiden Formen engagiert waren, wurden zur Dichotomisierung der Variablen dem interdisziplinären Netzwerk zugeordnet, da die Fragen nach Organisation und Rahmenbedingungen, Vorteilen und förderlichen Faktoren auf das (wenn vorhanden) interdisziplinäre Netzwerk bezogen, beantwortet werden sollten. Die erfragten Rahmenbedingungen und die Organisation der Netzwerktreffen unterschieden sich nicht nach der Form der Netzwerke. In den getrennten Analysen wird aber sichtbar, dass weniger als die Hälfte der in reinen Hebammennetzwerken organisierten Hebammen die Aussagen bewertet hatten (fehlende Werte n = 56–58), während annähernd alle interdisziplinär vernetzten Hebammen eine Bewertung vornahmen (fehlende Werte n = 1–3).

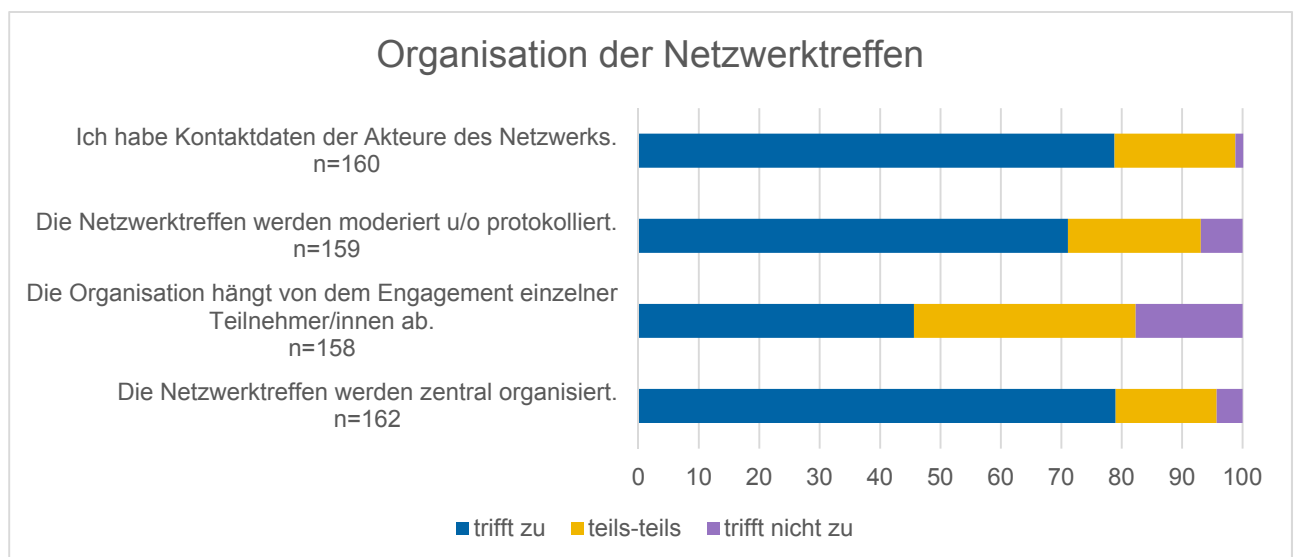


Abbildung 12. Organisation der Netzwerktreffen

5.2.4 Kontaktherstellung und Zugang zur Hebamme

Frage: Bitte geben Sie an, wie häufig die Familien, die Sie betreuen, über die verschiedenen Wege an Sie gelangen.

In der vorliegenden Stichprobe (n=401) wurde der Kontakt zur Hebamme vorrangig von den Familien selbst hergestellt. Zu annähernd 88 Prozent erfolgte er *häufig* oder *meistens* über diesen Weg, doch berichteten 21 Hebammen *nie* oder *selten* von der Frau oder der Familie selbst kontaktiert worden zu sein (Abbildung 13). Der Grund dafür könnte in der Arbeitsorganisation der Hebammen liegen, die beispielweise als Beleghebammen den Kontakt über das Spital herstellen können. Neben der Familie kam der Kontaktherstellung durch das Spital eine grössere Rolle zu. Immerhin 41.7 Prozent der Hebammen berichteten, dass die Frauen und Familien *häufig* oder *meistens* über die Spitäler an sie gelangten. Für zirka jede fünfte Hebamme ergab sich über diesen Weg allerdings kaum ein Zugang. Andere Hebammen waren weniger stark an der Vermittlung von Familien beteiligt. Mehr als die Hälfte aller Hebammen (53.7 %) berichtete, dass *manchmal* der Kontakt von Familien über eine Kollegin hergestellt wurde. Für jeweils ein Fünftel spielten Kolleginnen *selten* oder *häufig* eine Rolle.

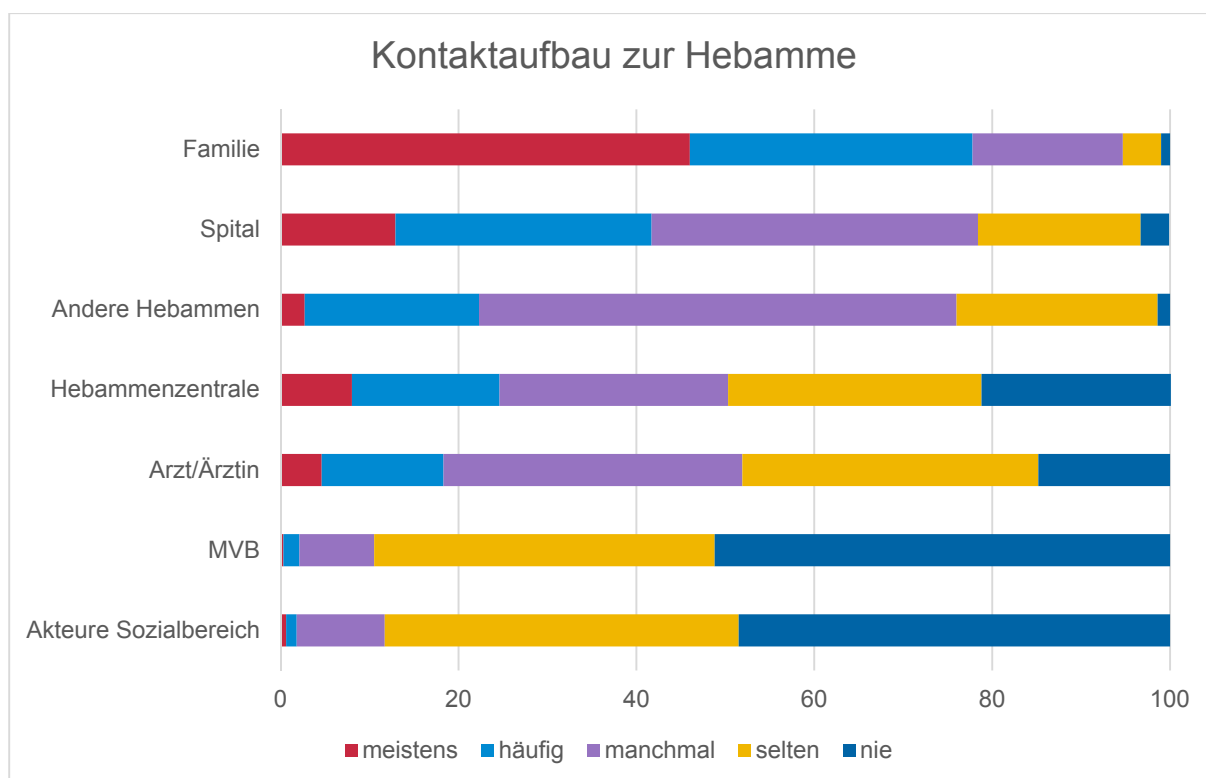


Abbildung 13. Kontaktaufbau zur Hebamme

Anmerkung: Prozentuale Angaben. Der Anteil fehlender Angaben liegt zwischen n= 30 (7.5%) bei Familie und n=69 (17.2%) bei Akteure Sozialbereich.

Die Vermittlung durch eine Hebammenzentrale stellte für die eine Hälfte der Hebammen eine relevante Option für die Vermittlung von Familien dar, für die andere Hälfte hatte sie praktisch keine Relevanz. Gynäkologen/-innen oder Pädiater/-innen waren bei einem Drittel der Hebammen selten und einem weiteren Drittel manchmal an der Kontaktvermittlung beteiligt. Annähernd jede zehnte Hebamme berichtete, dass Familien *manchmal* über die Mütter- und Väterberatung (MVB) oder andere Akteure aus dem Sozialbereich (z. B. Jugendamt, KESB, soziale Dienste) den Kontakt zu ihnen fanden. Nur für einzelne Hebammen ergaben sich regelmässig Kontakte aus diesen Quellen. Die Mehrheit erhielt *nie* oder *selten* Zugang zu einer Familie über die MVB (89.5%) oder andere Sozialdienste (88.3%). Von 69 Hebammen fehlte eine Einschätzung zu diesen beiden potentiellen Vermittlungsstellen.

Unterschiede im Kontaktaufbau der Familie zur Hebamme zwischen ländlichem oder städtischem Tätigkeitsbereich

Eine Auswertung nach eher ländlicher oder städtischer Arbeitsregion zeigte, dass Hebammenzentralen in der vorliegenden Stichprobe im ländlichen Raum signifikant weniger häufig an der Kontaktherstellung beteiligt waren als im städtischen Raum, obschon einige Hebammennetzwerke und Hebammenzentralen auch die ländlichen Regionen abdecken (SHV, 2017). 19.3 Prozent der ländlich und 31.7 Prozent der städtisch verorteten Hebammen berichteten, dass sich *meistens* oder *häufig* ein Kontaktaufbau zur Familie über Hebammenzentralen ergab. *Selten* oder *nie* ergab er sich bei 33.2 versus 16.7 Prozent (Mann-U-Test, $p < 0.001$). Auch für die Initialisierung des Kontaktes durch Akteure aus dem Sozialbereich ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (Mann-U-Test, $p = 0.041$). Mehr als die Hälfte (53.8 %) der ländlich und 40.9 Prozent der städtisch tätigen Hebammen berichteten, dass der Kontakt zu Familien *nie* über den Sozialbereich erfolgte. Zudem lassen sich Unterschiede der Relevanz des Spitals in der Kontaktherstellung nach Tätigkeitsregion darstellen. Das Spital hat in ländlichen Regionen einen höheren Anteil an der Kontaktherstellung (*meistens/häufig*: 48.2% vs. 32.5%, $p < 0.001$).

Unterschiede im Kontaktaufbau der Familie zur Hebamme zwischen „vernetzt“ und „nicht vernetzt“ arbeitenden Hebammen

Wurden die Gruppen vernetzte und nicht vernetzte Hebammen verglichen, zeigten sich signifikante Unterschiede bezüglich der Kontaktherstellung über die MVB ($p = 0.007$), Akteure des Sozialbereichs ($p < 0.06$) und Hebammenzentrale ($p < 0.001$). Die Übermittlung ihrer Adresse oder die direkte Vermittlung der Familie durch Akteure des Sozialbereichs hatten weniger vernetzte Hebammen (42.1 %) als nicht vernetzte Hebammen (63.6 %) *nie* erlebt. Jede zehnte vernetzte Hebamme (vs. \emptyset NW 6.4 %) berichtete davon, *manchmal* in dieser Form Kontakt zu Familien erhalten zu haben. *Meistens* oder *häufig* erfolgte sie bei fünf vernetzten Hebammen (2.8 % vs. 0 %). Die Mütter- und Väterberatung tritt als Angebot erst nach der Geburt in den Fokus von Familien. Nicht verwunderlich war daher, dass für 97.2 Prozent der nicht vernetzten und 85.1 Prozent der vernetzten Hebammen *nie* oder *selten* der Kontakt über diese Stelle hergestellt wurde und für keine *häufig*. Dennoch trafen die Mütter- und Väterberaterinnen auch auf Frauen innerhalb der Wochenbettzeit, die bislang nicht von einer Hebamme versorgt worden waren und eine Vermittlung sinnvoll war. Dies war für einen geringen Teil (2.8 %) der nicht vernetzten, jedoch für mehr als jede siebte vernetzte Hebamme (14.9 %) *manchmal* oder *häufig* der Fall.

Unabhängig von der Region, in der sie arbeiteten (ländl./städt.) liess sich darstellen, dass sich für Hebammen, die in irgendeiner Form von formellen Netzwerk engagiert waren, insgesamt häufiger ein Kontakt zur Familie durch die MVB und eine Hebammenzentrale ergab.

5.2.5 Betreuung sozial und psychosozial belasteter Familien

Fragen:

Welche Belastungen haben Sie 2016 in den von Ihnen betreuten Familien festgestellt?

Wie häufig haben Sie im Jahr 2016 sozial benachteiligte Familien betreut?

Die Hebammen stellten verschiedene soziale Belastungen in den von ihnen betreuten Familien fest. Da soziale Belastungen sehr vielgestaltig sind und unterschiedliche Vorstellungen vorhanden sein können, welche Aspekte dazu zählen, wurden die einzelnen Belastungen vorab definiert. Sie sind in Tabelle 6 aufgeführt.

Tabelle 6. Definition von sozialen Belastungen

Soziale Belastungen	
Finanzielle Situation	Tiefes Einkommen; Bezug von Sozialhilfe; Schulden
Niedriger Bildungsstand	Keine Ausbildung nach der obligatorischen Schule
Migration	Geringe Kenntnisse zum Schweizer Bildungs- und Gesundheitssystem
Psychosoziale Belastungen	Teenager Mutter; starke Paarkonflikte; Alleinerziehend; mangelnde soziale Integration; mangelnde Unterstützung von aussen (Verwandte, Nachbarn); verwahrloster Zustand; unerwünschte Schwangerschaft; Alkohol, Drogen, Nikotin; häusliche Gewalt; Prostitution; Kriminalität; sehr beengte Wohnverhältnisse
Psychische oder physische Erkrankungen	psychische Erkrankung; körperliche, z. B. chronische, Erkrankung oder Behinderung

Anmerkung: Nationales Programm gegen Armut, 2016

Ein Drittel der Hebammen arbeitete mindestens regelmässig mit Familien, die durch Migration oder mangelhafte Kenntnisse über die Landessprache ihres Wohnorts Belastungen erfahren hatten (Abbildung 14). Ein niedriger Bildungsstand, eine angespannte finanzielle Lebenssituation, Migration, Verständigungsprobleme und psychosoziale Belastungen machten jeweils für zirka 60 Prozent der Hebammen mindestens 10 Prozent ihrer Klientel aus. Seltener kamen Belastungen durch psychische oder physische Erkrankungen oder Arbeitslosigkeit und prekäre Arbeitsverhältnisse unter den betreuten Familien vor. Die Verteilung der Anteile an der Betreuung unterscheidet sich für alle sozialen Belastungen, bis auf psychische oder physische Erkrankungen, zwischen den Gruppen vernetzte und nicht vernetzte Hebammen signifikant voneinander. Vernetzte Hebammen betreuten in der Regel häufiger Familien mit den genannten Belastungen.

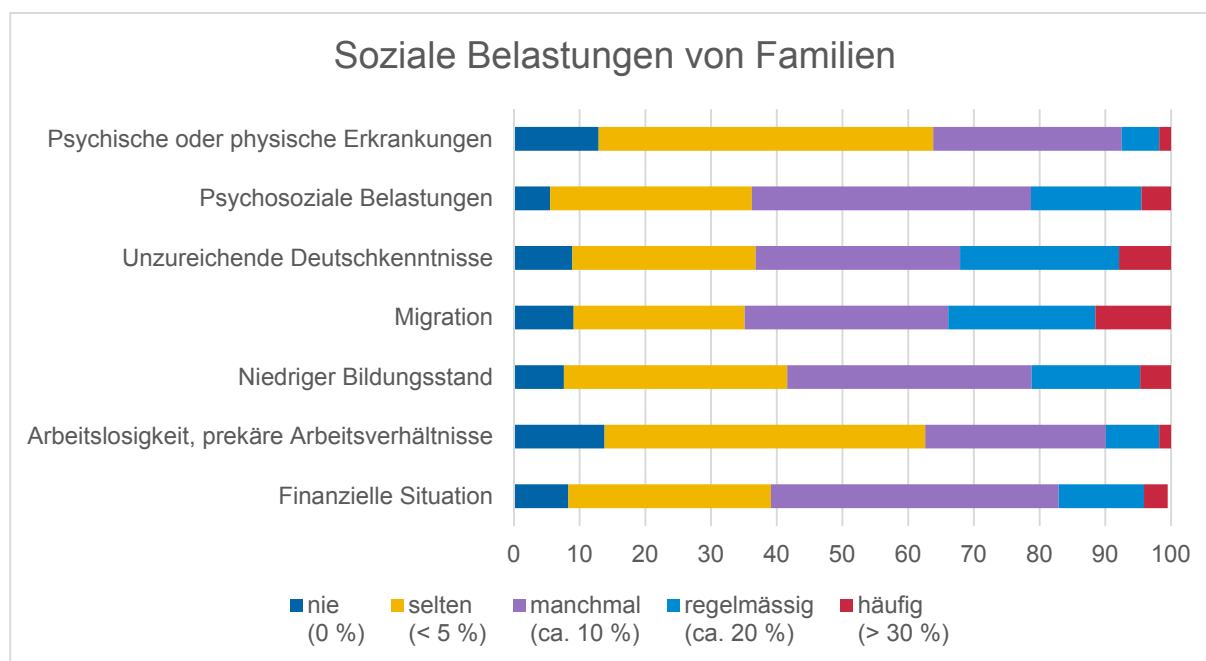


Abbildung 14. Vorkommen von sozialen Belastungen in den betreuten Familien

Anmerkung: Der Anteil fehlender Angaben liegt zwischen 2.5 und 5.2 Prozent.

Soziale Belastungsfaktoren treten meist nicht isoliert auf. Als sozial benachteiligte Familien gelten Familien, für die mindestens drei der in Tabelle 6 genannten sozialen Belastungen zutreffen (Stadt Zürich, 2014). Insgesamt hatten die meisten Hebammen der vorliegenden Stichprobe nur selten Kontakt zu sozial benachteiligten Familien. 391 Hebammen beantworteten die Frage danach, wie häufig sie sozial benachteiligte Familien betreuen. 48 Hebammen (12.3 %) betreuten in 2016 *nie*, 158 Hebammen (40.4 %) nur *selten* (<5 %) und weitere 117 (30.4%) *manchmal* (ca. 10 %) entsprechende Familien. Für 68 Hebammen (16.9 %) gehörten diese Familien *regelmässig* (ca. 20 %) bis *häufig* (>30 %) zu ihrer Klientel.

Unterschiede der Betreuung von sozial benachteiligten Familien zwischen ländlichem oder städtischem Tätigkeitsbereich

Eher in ländlichen und kleinstädtischen Regionen tätige Hebammen betreuten signifikant weniger häufig sozial benachteiligte Familien (Mann-U-Test; $p < 0.001$). Unter den betreuten Familien in städtischen Regionen tätiger Hebammen waren häufiger Familien, die von Arbeitslosigkeit oder prekären Arbeitsbedingungen betroffen sind ($p = 0.030$) und psychosoziale Belastungen aufweisen ($p = 0.004$) sowie Migrantinnen ($p = 0.010$). Keine signifikanten Unterschiede liessen sich für die Betreuung von Familien mit finanziellen Belastungen, niedrigem Bildungsstand, unzureichenden Deutschkenntnissen und Frauen mit einer psychischen oder physischen Erkrankung darstellen.

Unterschiede der Betreuung von sozial benachteiligten Familien zwischen Hebammen mit und ohne Integration in Netzwerken

In Netzwerken arbeitende Hebammen betreuten signifikant häufiger sozial benachteiligte Familien. Jede fünfte dieser Hebammen betreute *regelmässig* bis *häufig* entsprechende Familien, dies war nur für jede zehnte der nicht vernetzt arbeitenden Hebammen der Fall. Sie hatten eher *nie* oder *selten* (63.9 %) Kontakt mit diesen Familien. Ein Viertel von ihnen *manchmal*. Dies quotierten 33.9 Prozent der vernetzten Hebammen, die zu 43.9 Prozent *selten* oder *nie* sozial benachteiligte Frauen in ihrer Betreuung hatten.

Im Netzdiagramm (Abbildung 15) wird deutlich, dass vor allem Hebammen in städtischen Regionen, die in Netzwerken integriert sind, öfter in sozial benachteiligten Familien arbeiteten. Nicht in Netzwerken integrierte Hebammen in städtischen Regionen und vernetzte Hebammen ländlicher Regionen gaben ähnlich häufig an *manchmal* oder *regelmässig* sozial benachteiligte Familien zu betreuen. Die Unterschiede zwischen den vier Gruppen waren statistisch signifikant ($p < 0.001$).

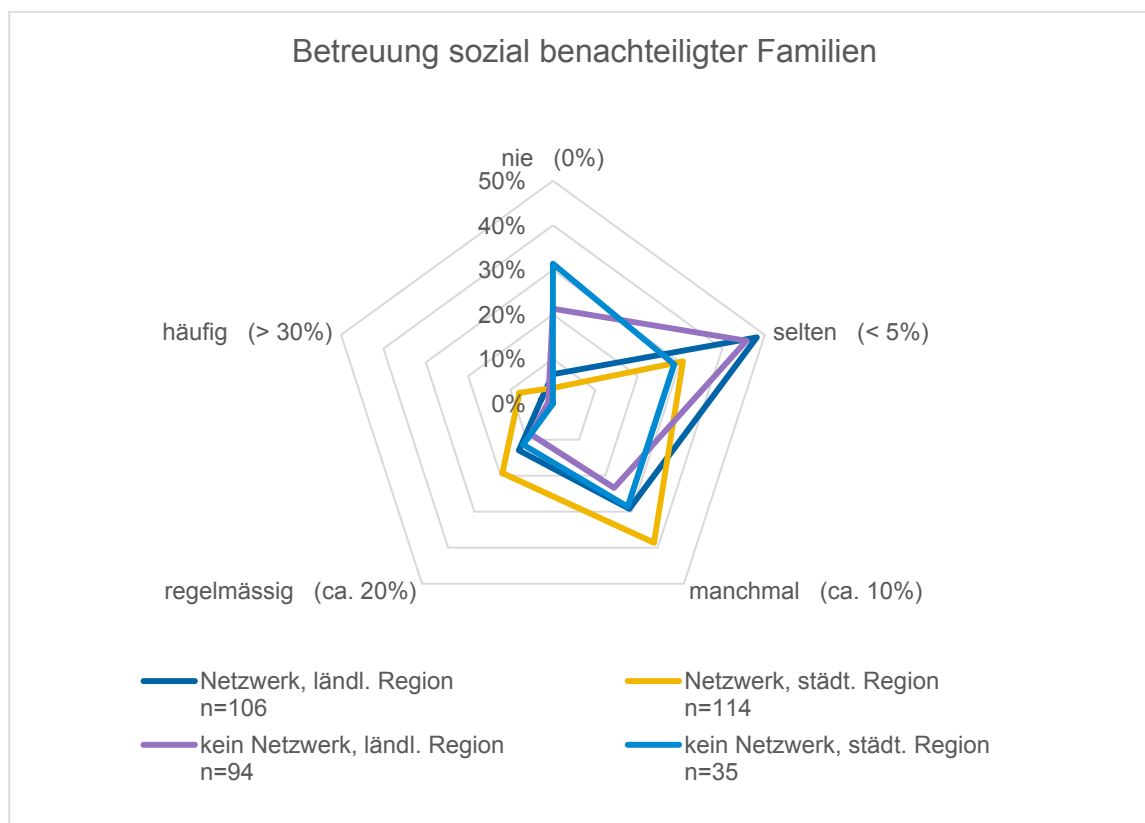


Abbildung 15. Betreuung sozial benachteiligter Familien - Häufigkeiten nach Tätigkeitsregion und Vernetzung der Hebamme

Diese Zusammenhänge bilden jedoch keine Kausalketten ab, da der Anteil sozial benachteiligter Familien in grossen Städten und Agglomerationsgürteln höher ist als im ländlichen Bereich (BfS, 2017a).

Veränderte Betreuungsbedingungen

Wurden jedoch Familien mit sozialen Belastungen betreut, hatte dies veränderte Betreuungsbedingungen zur Folge. Jede fünfte Hebamme bestätigte einen früheren und jede sechste Hebamme einen späteren Betreuungsbeginn in den sozial benachteiligten Familien. 40 Prozent sahen hier keine Veränderungen bezüglich des Beginns der Betreuung. Die Betreuungsdauer weitete sich für die Mehrheit der antwortenden Hebammen (71,9 %) aus. Dennoch, ein Viertel berichtete von einer nicht veränderten Betreuungsdauer. Auch der Betreuungsaufwand erhöhte sich nach Angaben der Hebammen. Für mehr als die Hälfte der Hebammen (56,4 %) bedeutete die Betreuung deutlich oder sehr viel mehr Aufwand. Jede dritte Hebamme (33,0 %) bewertete den Aufwand als *etwas mehr*. Nur für jede zehnte Hebamme bedeutete die Betreuung belasteter Familien keinen grösseren Aufwand.

Belastungen für die Familien im Zusammenhand mit dem Elternwerden

Frage:

Wie oft haben Sie im Jahr 2016 folgende Probleme in den betreuten Familien festgestellt?

Neben den sozialen Belastungen wurden die Hebammen nach dem Vorkommen weiterer Belastungen im Zusammenhang mit dem Familie Werden und dem Neugeborenen befragt. Die im Fragebogen gegebenen Erklärungen sind in Tabelle 7 zusammengefasst und betreffen einerseits die Übernahme der Elternrolle und die Bindung zwischen Mutter und / oder Vater mit dem Kind. Andererseits können von Seiten des Kindes oder der Kinder erhöhte Anforderungen ausgehen. Diese Aspekte können sich untereinander bedingen und gemeinsam auftreten. Dieser Umstand sollte für die Bewertung der Angaben zur Häufigkeit des Auftretens der einzelnen Faktoren in Betracht gezogen werden.

Tabelle 7. Familiäre Belastungen im Kontext des Elternwerdens

Zusätzliche Belastungen im Zusammenhang mit dem Elternwerden	
Schwierigkeiten der Mutter u/o des Vaters das Kind anzunehmen / für das Kind zu sorgen:	Ablehnende Äusserungen über das Kind, Desinteresse am Kind, unangemessene Reaktion auf kindliche Signale u. ä.
Das Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen:	Frühgeburt, Mehrlinge, chronische Erkrankung
Regulationsstörungen des Kindes:	Trinkprobleme, Schlafprobleme, exzessives Weinen

Abbildung 16 gibt einen Überblick über die Antworten der Hebammen zum Vorkommen von Belastungen im Kontext des Elternwerdens. Zwölf Hebammen (3.2 %) berichteten davon, *regelmässig* oder *häufig* in ihrer Arbeit erlebt zu haben, dass die Mutter, der Vater oder beide Elternteile Schwierigkeiten hatten, ihr Kind anzunehmen. Für 49 Hebammen (13.2 %) betraf diese Belastung immerhin jede zehnte der von ihnen betreuten Familien. Der Grossteil der Hebammen (83.7 %) erlebte in ihrer Klientel *kaum* oder *nie* Probleme der Eltern, ihr Kind anzunehmen und angemessen zu umsorgen.

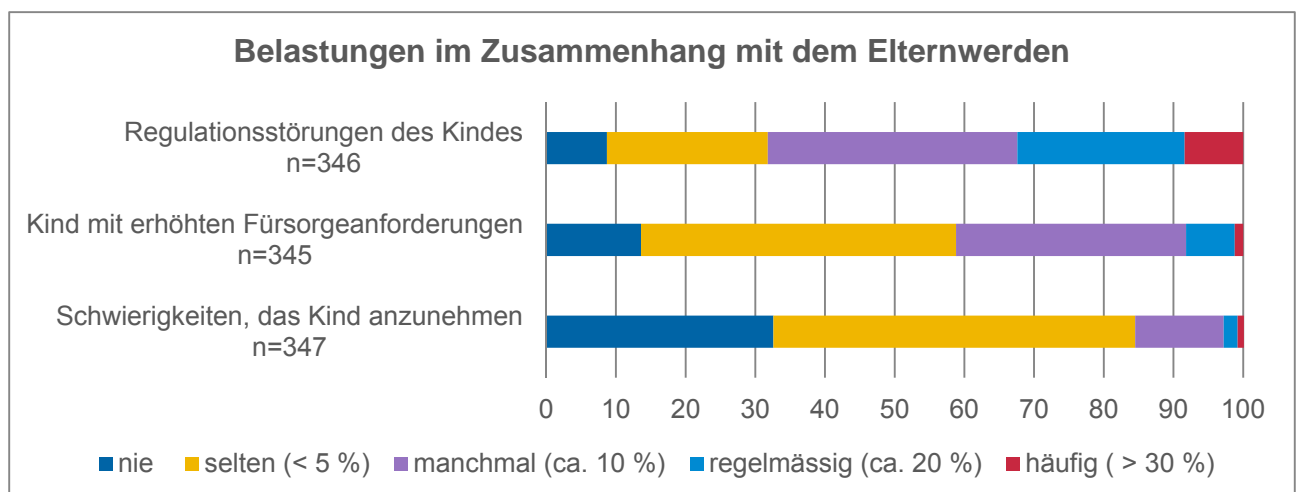


Abbildung 16. Häufigkeit von Belastungen im Zusammenhang mit dem Elternwerden

Anmerkung: Der Anteil fehlender Angaben liegt bei zirka 7 Prozent.

Säuglinge mit erhöhten Fürsorgeanforderungen, wie sie beispielsweise nach Frühgeburt, bei Mehrlingen oder bei Neugeborenen mit chronischer Erkrankung vorliegen, erlebten knapp 60 Prozent der Hebammen *selten* oder *nie* bei ihrer Klientel. Zirka 13 Prozent der Hebammen schätzten den Anteil auf zirka 10 Prozent. Ein Drittel der Hebammen berichtete, *manchmal* Familien mit erhöhten Anforderungen von Seiten des Säuglings zu betreuen. 28 Hebammen (8.2 %) versorgten entsprechende Familien *regelmässig* bis *häufig*. Familien, in denen die Neugeborenen Trink- oder Schlafprobleme aufwiesen oder exzessiv weinten, machten einen höheren Anteil unter den betreuten Familien aus. 59.8 Prozent der Hebammen antworteten, *manchmal* oder *regelmässig* mit Regulationsstörungen zu betreuen, weitere 8.4 Prozent mit *häufig*.

Es sind keine Unterschiede zwischen den Gruppen ländlich-/kleinstädtischer und städtischer Tätigkeitsbereich darstellbar. Vernetzte oder nicht vernetzte Hebammen kommen zu vergleichbaren Resultaten. Allerdings betreuten vernetzte Hebammen seltener *nie* (26.5 vs. 43.0%) und häufiger *selten* (58.9 vs. 39.8%) Familien, in denen einer oder beide Elternteile Schwierigkeiten haben, das Kind anzunehmen oder für das Kind zu sorgen. Die Unterschiede sind statistisch signifikant ($p=0.034$).

Einschätzung des Unterstützungsbedarfs

Frage:

Was unterstützt Sie bei der Einschätzung des Unterstützungsbedarfes von Familien?

Zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfes der Familien bedienten sich die Hebammen mehrheitlich aus vier Quellen (Abbildung 17). Dem regelmässigen Austausch mit Akteuren anderer Professionen, anderen Hebammen, dem direkten Einblick in die Familien- und Lebensverhältnisse durch die häusliche Betreuung und dem Fachwissen aus Fort- und Weiterbildungen. Das Fachwissen aus der Grundausbildung spielte für 40 Prozent eine wesentliche Rolle und war für knapp die Hälfte der Hebammen von Fall zu Fall eine Hilfe im Assessmentprozess. Wichtigste interdisziplinäre Austauschpartner kamen von der Mütter- und Väterberatung, verschiedenen psychiatrischen oder psychologischen Diensten, Pädiatern oder Gynäkologinnen und dem Sozialdienst. Die Hälfte der Hebammen nahm keine Assessmentinstrumente oder Fragebögen, beispielsweise die Edinburgh Postnatal Depression Scale, zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfes in Anspruch. 37.4 Prozent bedienten sich zum Teil entsprechender Instrumente. 12.2 Prozent wendeten zur Einschätzung des Bedarfs Assessmentinstrumente an. Am geringsten wurden Assessmentinstrumente zur Unterstützung der Bedarfseinschätzung verwendet, unabhängig von der vorhandenen Berufserfahrung gemessen in Berufsjahren ($p=.098$). Die Antworten zu den Unterstützungsmöglichkeiten für die Einschätzung des Bedarfs und der Bedürfnisse der Familien waren unabhängig davon, ob die Hebammen in einem Netzwerk organisiert waren oder nicht. Tendenziell standen mehr vernetzte Hebammen in einem regelmässigen interdisziplinären Austausch als nicht vernetzte (58.0 vs. 48.8 %) oder tauschten sich mit anderen Hebammen aus (73.7 vs. 65.6 %). Fast doppelt so viel nichtvernetzte Hebammen nutzen keinen interdisziplinären Austausch (18.2 vs. 10.2 %). Weniger vernetzte Hebammen wendeten nie Assessmentinstrumente zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfes von Familien an (trifft nicht zu: 49.1 vs. 55.8 %) und für etwas mehr der vernetzten Hebammen war deren Anwendung selbstverständlich (trifft zu: 13.2 vs. 9.2 %).

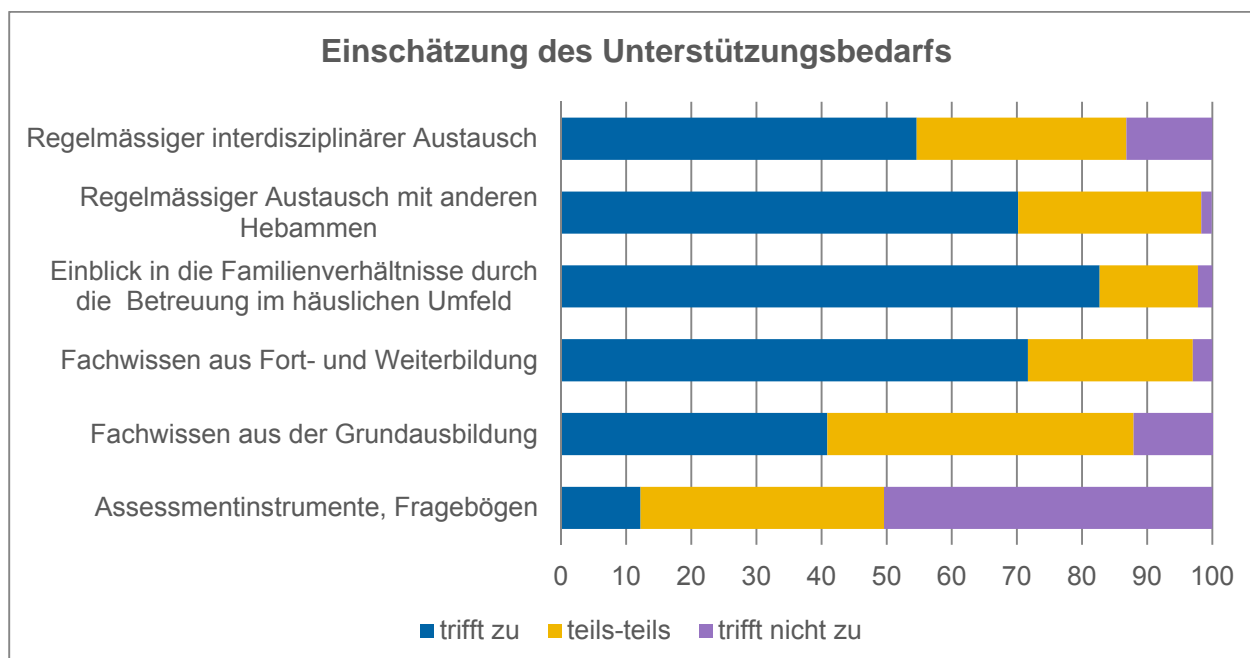


Abbildung 17. Einschätzung des Unterstützungsbedarfs

Anmerkung: Der Anteil fehlender Angaben liegt zwischen 6.7 Prozent bei „Fachwissen aus Fort- und Weiterbildung“ und 14 Prozent bei „Regelmässiger interdisziplinärer Austausch“.

Zwar finden sich keine signifikanten Unterschiede der Bewertung zwischen den Gruppen der monoprofessionellen und interdisziplinär vernetzten Hebammen. Dennoch zeichnen sich Tendenzen in einigen Bereichen ab. Etwas mehr interdisziplinär vernetzte Hebammen nutzten den interdisziplinären Austausch. Doch tun dies auch mehr als die Hälfte der monoprofessionell vernetzten Hebammen.

Tabelle 8. Einschätzung des Unterstützungsbedarfs nach Art des Netzwerks der Hebamme

Aussagen zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfes	Art des Netzwerkes	n	Trifft zu	Teils-teils	Trifft nicht zu	p-Wert
regelmässiger interdisziplinärer Austausch.	monoprofessionell	97	51.5	38.1	10.3	0.154 (n.s.)
	interdisziplinär	108	63.9	25.9	10.2	
Anwendung von Assessmentinstrumenten	monoprofessionell	100	8.0	42.0	50.0	0.089 (n.s.)
	interdisziplinär	112	17.9	33.9	48.2	

Vermittlungsarbeit von Hebammen

Fragen:

Vorgehen der Hebamme, wenn sie bei einer Familie einen erweiterten Unterstützungsbedarf wegen sozialer oder zusätzlicher Belastungen festgestellt hat.

An welche Fachpersonen oder Angebote haben Sie Familien mit erweitertem Unterstützungsbedarf im Jahr 2016 am häufigsten vermittelt?

Welche Schwierigkeiten erleben Sie bei der Vermittlung?

Wurde ein erweiterter Unterstützungsbedarf, der ihre eigenen Kompetenzen und Ressourcen der Familien überstieg, festgestellt, verfolgten Hebammen verschiedene Strategien, um die Familien an andere Akteure oder Institutionen weiterzuvermitteln (Abbildung 18). Fast alle Hebammen griffen wenigstens von Fall zu Fall, zumeist jedoch generell, auf ein etabliertes interdisziplinäres Netzwerk (formelles oder Ad-hoc-Netzwerk) sowie auf eine Liste von Fachpersonen zurück. Dabei versuchten sie, für eine fallbezogene Auswahl zu sorgen. Häufig wurden auch Kolleginnen danach befragt, was sie in einer entsprechenden Situation veranlassen würden. Neun Prozent konnten nicht auf ein etabliertes Netzwerk zurückgreifen und 28.7 Prozent hatten keine verantwortlichen Ansprechpartner oder Anlaufstellen zur Vermittlung von Familien.

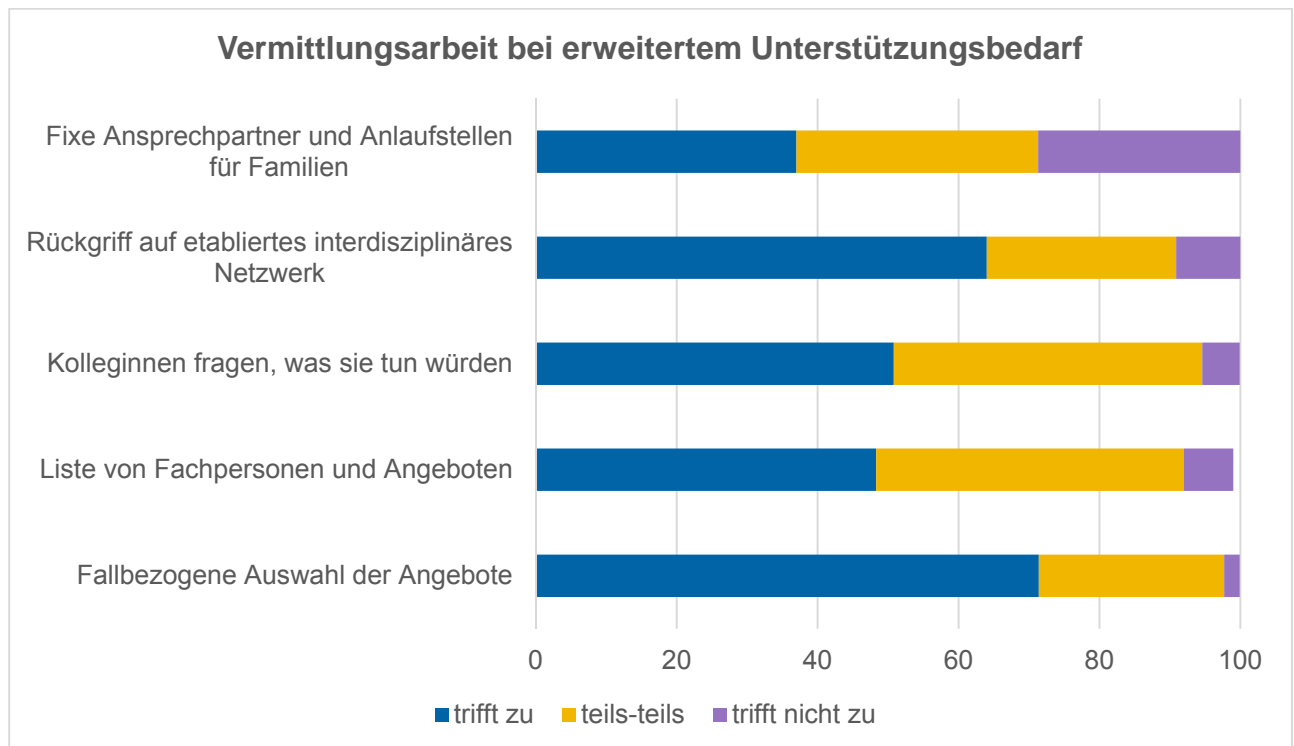


Abbildung 18. Vermittlungsarbeit bei erweitertem Unterstützungsbedarf

Anmerkung: Der Anteil fehlender Werte liegt für die einzelnen Fragen zwischen 11 - 15 Prozent.

226 Hebammen gaben an, auf ein etabliertes Netzwerk zurückzugreifen. Weitere 95 taten dies zumindest teilweise. Zu den etablierten Netzwerkpartnern gehörten vorrangig die Mütter- und Väterberatungen (n=98) sowie Psychologinnen und Psychologen oder der psychiatrische (Notfall-)Dienst. Des Weiteren nannten sie Kontakte zum Spital, der Spitex und Schreiambulanzen oder der emotionalen ersten Hilfe sowie Fachpersonen, die Osteopathie, Ergotherapie, Hypnose und Craniosacraltherapie anbieten. Zahlreiche Hebammen nannten als Kontaktpartner verschiedene Sozialdienste (KESP, Sozialamt, Sozialdienst, assistantes sociales) und die lokalen Beratungs-, Präventions- und Entlastungsdienste (Zeppelin, villa yoyo, la maison verte, SIPE-Zentren, schwanger.li, Rotes Kreuz, Familiencoaching der Caritas u. v. m.). Die Vermittlung an Kinderärzte und -ärztinnen (n=13) rangiert vor der an Gynäkologen oder Gynäkologinnen (n=10).

Unterschiede zwischen monodisziplinär und interdisziplinär vernetzten Hebammen

Gegenüber ihren interdisziplinär vernetzten Kolleginnen holten sich signifikant mehr monodisziplinär vernetzte Hebammen Rat bei ihren Kolleginnen und wenige von ihnen hatten ein interdisziplinäres Netzwerk, auf das sie zurückgreifen konnten (Tabelle 9). Für diese Frage war der Begriff Netzwerk noch nicht für formelle Netzwerke definiert, sodass Hebammen jede Form von interdisziplinären Netzwerken, auch sogenannte Ad-hoc-Netzwerke, hätten einbeziehen können. Dennoch ist das letzte Ergebnis wenig überraschend. Von den Hebammen in Hebammennetzwerken hatte mehr als jede vierte keine fixen Anlaufstellen im Bedarfsfall, dies war nur für jede achte der interdisziplinär vernetzten Hebammen der Fall. Auch für die fallspezifische Suche nach Vermittlungspartnern und Unterstützungsangeboten zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Zwar tun dies im Prinzip fast alle Hebammen, dennoch mehr interdisziplinär vernetzte generell.

Tabelle 9. Vermittlungsarbeit nach Art des Netzwerks der Hebamme

Aussagen	Art des Netzwerkes	n	Trifft zu	Teils-teils	Trifft nicht zu	p-Wert
Rat von Kolleginnen suchen	monoprofessionell	103	58.3	37.9	3.9	0.011*
	interdisziplinär	112	38.4	52.7	8.9	
Rückgriff auf etabliertes interdisziplinäres Netzwerk	monoprofessionell	101	63.4	24.8	11.9	0.010*
	interdisziplinär	111	79.3	18.0	2.7	
Fixe Ansprechpartner / Anlaufstellen	monoprofessionell	100	31.0	42.0	27.0	0.002**
	interdisziplinär	107	53.3	33.6	13.1	
Fallbezogene Suche nach richtigen Ansprechpartnern	monoprofessionell	102	67.6	28.4	3.9	0.010**
	interdisziplinär	112	83.0	17.0	0	

* statistisch signifikant auf einem Niveau von 5 %, ** statistisch signifikant auf einem Niveau von 1 %

Häufigste Vermittlungspartner

Zu den sechs wichtigsten Praxis- und Vermittlungspartnern zählten für 77.1 Prozent der Hebammen die Mütter- und Väterberatung (MVB), gefolgt von Fachpersonen der Alternativ- und Komplementärmedizin (z. B. Osteopathie, Craniosacral Therapie, Akupunktur, Homöopathie) (67.9 %), Pädiatrie (54,1 %), Gynäkologie (48,6 %) und Psychologie (38,9 %) (Abbildung 19). 37.4 Prozent wählten die Mütter- und Väterberatung auf Rang eins in der Reihenfolge der sechs wichtigsten Fachpersonen. Für 23.2 Prozent stellten Fachpersonen der Alternativ- und Komplementärmedizin die relevantesten Praxispartner dar. Am zweitwichtigsten sind Fachpersonen der Alternativ- und Komplementärmedizin (19.5 %), die MVB (18.0 %), Pädiater und Pädiaterinnen (16.2 %) sowie Gynäkologen und Gynäkologinnen (11.2 %). Fachkräfte der Komplementärmedizin sind für 21.2 Prozent der Hebammen die drittwichtigste Anlaufstelle. Aber auch Psychologen und Psychologinnen (8.7 %) und die Spitex (5.5 %) werden an dieser Stelle genannt.

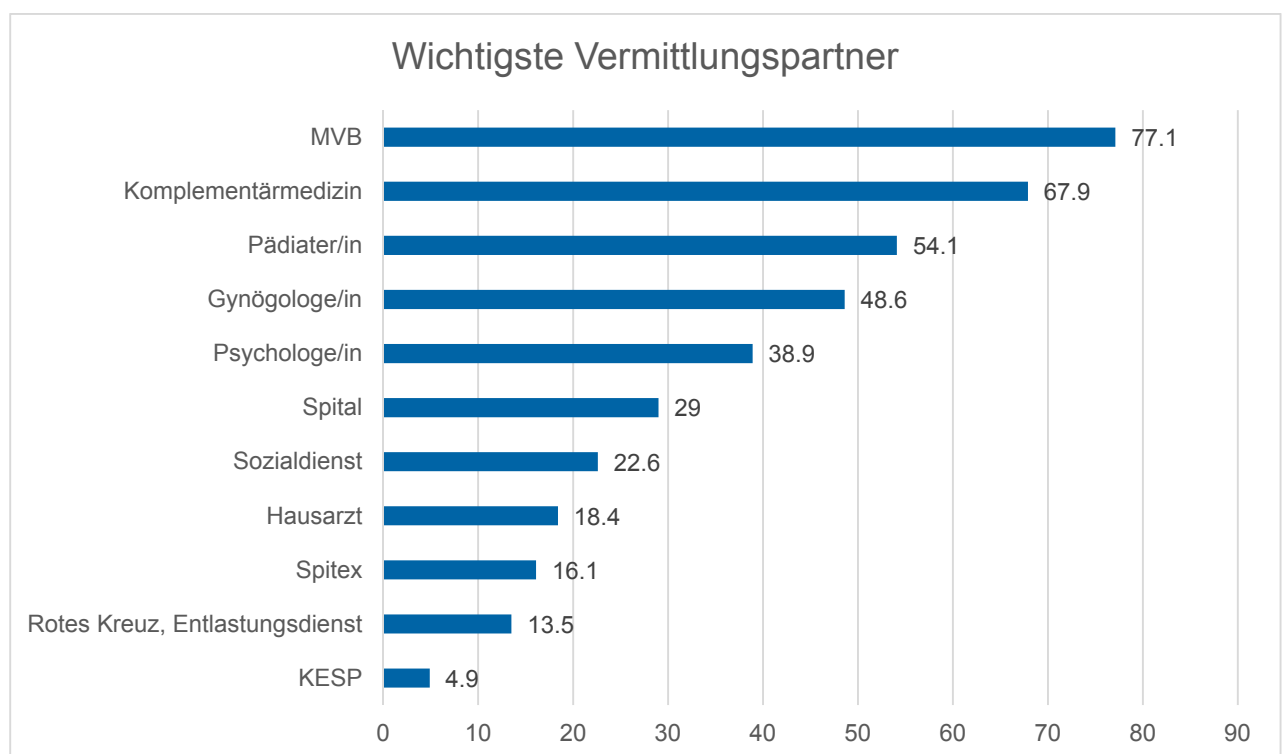


Abbildung 19. Wichtigste Vermittlungspartner

Anmerkung: Vermittlungspartner, die zu den 6 wichtigsten Akteuren / Diensten zählen (Nennungen in Prozent, fehlende Werte n=34)

Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Vermittlungsarbeit bei erweitertem Unterstützungsbedarf

Insgesamt gestaltet sich die Vermittlungsarbeit mit den Familien positiv. Dennoch wussten die Hebammen von hinderlichen Faktoren für eine Weitervermittlung zu berichten. Gut ein Drittel der Hebammen erlebte, dass die Frau oder die Familie die angebotene Vermittlung nicht wünschen (36.7 %), nicht als hilfreich empfinden (33.1 %) oder aber, dass das Angebot für die Familie zu teuer war (

Tabelle 10). Ein Viertel der Hebammen stimmte zu, die Sorge zu kennen, dass sie die Familie womöglich unnötig in ein System institutioneller oder staatlicher Kontrolle überführen würden. Schwierigkeiten, ihre Einschätzung des Unterstützungsbedarfs gegenüber der Familie zu kommunizieren, hatten 19.2 Prozent schon einmal erlebt. 17.5 Prozent berichteten, schon einmal Schwierigkeiten mit der Vermittlung gehabt zu haben, da die angesprochenen Fachpersonen keinen Unterstützungsbedarf sahen, 16.7 Prozent, weil sie kein passendes Angebot fanden, und 14,7 Prozent, weil der Vermittlungsaufwand so hoch war, dass er den Rahmen der zur Verfügung stehenden Betreuungszeit überstieg. Selten waren ein Vertrauensverlust der Familien oder Hürden durch den Datenschutz Faktoren, die eine Vermittlungsarbeit erschwerten.

Gruppenvergleiche zwischen vernetzten und nicht vernetzten Hebammen ergaben signifikante Unterschiede für zwei der Aussagen. Weniger Hebammen, die nicht in einem Netzwerk integriert sind, gaben an, erlebt zu haben, dass die Frau/der Partner keine Vermittlung wollten (31.5 vs. 46.8 %, $p=.005$) und dass das Angebot zu teuer war und nicht finanziert werden konnte (25.4 vs. 32.7 %, $p=.025$).

Tabelle 10. Herausforderungen in der Vermittlungsarbeit

Welche Schwierigkeiten haben Sie bei der Vermittlung erlebt?	Ja	
	n	n (%)
Die Frau bzw. ihr Partner wollten keine Vermittlung.	360	147 (36.7)
Es war schwierig für mich, meine Einschätzung gegenüber der Frau oder dem Partner zu kommunizieren.	360	69 (19.2)
Es kam zu einem Vertrauensverlust der Familie mir gegenüber.	360	14 (3.9)
Ich habe kein passendes Angebot gefunden.	360	60 (16.7)
Die Familie empfand die Angebote nicht als hilfreich oder passend.	360	119 (33.1)
Die von mir angesprochenen Fachpersonen haben keinen Unterstützungsbedarf gesehen.	360	63 (17.5)
Der mit der Vermittlung verbundene Aufwand war zu hoch, um ihn im Rahmen meiner Betreuung leisten zu können.	360	53 (14.7)
Das Angebot war zu teuer und konnte nicht finanziert werden.	360	121 (33.6)
Die Hürden von Datenschutz und Schweigepflichtentbindung waren zu hoch, um eine Vermittlung vorzunehmen.	360	33 (9.2)
Ich habe mir Sorgen gemacht, dass ich die Familie womöglich unnötig in ein System institutioneller oder staatlicher Kontrolle überführen würde.	360	91 (25.3)
Andere Gründe	360	49 (13.6)

Anmerkung: 10.2 Prozent fehlende Angaben. 42 Hebammen haben die Möglichkeit genutzt und Aussagen zu anderen Gründen für Schwierigkeiten bei der Vermittlung gemacht.

42 Hebammen nannten weitere Gründe, die sie als erschwerend für die Vermittlung zu weiteren Unterstützungsleistungen erlebten. Häufig stellten die eingeschränkte Erreichbarkeit und lange Wartezeiten eine Hürde für die Vermittlung dar ($n = 14$). Diese betrafen nicht nur eingeschränkte Sprech- oder Bürozeiten und eine fehlende Besetzung am Wochenende. Besonders in der Schulferienzeit fehlte es an Vertretungen

oder diese waren überlastet, sodass es zu langen Wartezeiten kam. Einige Hebammen erwähnten einen grossen zeitlichen Aufwand (halber Arbeitstag), bis ein Betreuungsplatz gefunden wurde. Eine Hebamme berichtete, dass kaum Angebote für Familien ohne hohes Risiko aber mit leichtem Unterstützungsbedarf existieren würden. Die fehlende Kooperation der Dienste untereinander, die auch den notwendigen formalen Ablauf betreffen (Arztzeugnis/Überweisung einholen), waren weitere Aspekte erschwerter Vermittlung. Gerade für belastete Familien stellten zusätzliche Termine und Abstimmungen, die sie organisieren und bewältigen sollen, eine hohe Hürde dar. Einige Hebammen berichteten davon, dass die eingeschalteten Dienste oder Fachpersonen den Bedarf der Familien nicht richtig eingeschätzt hätten oder in einem Fall von exzessivem Schreien des Neugeborenen, die Familie nicht ernst genommen, getröstet und falsch beraten hätten. Die Sensibilität, mit der interdisziplinäre Vermittlungsarbeit erfolgen muss, wird deutlich durch den von einer Hebamme erlebten Vertrauensverlust durch die Familie. Trotz anderweitiger Einschätzung und Absprache mit der vermittelten Institution (MVB) wurde von dieser eine Behörde eingeschaltet.

Unterschiede der Schwierigkeiten in der Vermittlung zu Unterstützungsangeboten zwischen Hebammen in monoprofessionellen oder interdisziplinären Netzwerken

Doppelt so viele Hebammen in interdisziplinären Netzwerken als in monodisziplinären Netzwerken geben Datenschutz als Hürde in der Vermittlung an (Tabelle 11). Tendenziell mehr Hebammen in interdisziplinären Netzwerken erlebten zudem, dass hilfreiche Angebote nicht erschwinglich waren. Sie erlebten aber seltener als ihre monodisziplinär vernetzten Kolleginnen, dass die Frau oder der Partner keine Vermittlung wollten.

Tabelle 11. Vermittlungsprobleme nach Art des Netzwerks der Hebamme

Schwierigkeiten	Art des Netzwerkes	n	Ja	p-Wert
Hürden von Datenschutz zu hoch	monoprofessionell	106	6.6	0.046*
	interdisziplinär	113	15.0	
Angebot zu teuer / konnte nicht finanziert werden	monoprofessionell	106	33.0	0.149
	interdisziplinär	113	42.5	
Vermittlung nicht gewünscht	monoprofessionell	106	53.8	0.053
	interdisziplinär	113	40.7	

* statistisch signifikant auf einem Niveau von 5 Prozent

5.2.6 Zusammenarbeit mit der Mütter- und Väterberatung

Aussagen und Bewertungen zu den Themen:

Vorhandensein einer MVB in der Tätigkeitsregion.

Bewertung von Aussagen zur Zusammenarbeit mit der Mütter- und Väterberatung (MVB).

Angaben zum Zeitpunkt der Vermittlung an die Mütter- und Väterberatung.

Bis auf drei bestätigten alle anderen Hebammen, dass eine Mütter- und Väterberatung (MVB) in ihrer Region vorhanden sei. An dieser Frage beteiligten sich 353 Hebammen. 42 (10.5%) Hebammen machten zu dieser Frage keine Angaben. Die Mehrzahl vermittelte die Familien gegen Ende der eigenen Betreuungszeit (56.1%) oder zu irgendeinem Zeitpunkt während der Wochenbettbetreuung (39.7%) an die MVB. 15 Hebammen versorgten die Familien nur bei Bedarf mit Informationen zur MVB.

Ein Viertel der Hebammen erwähnte bei der vorangegangenen Frage zur Nutzung eines Netzwerks für die Vermittlungsarbeit im Freitext die Zusammenarbeit mit den Mütter- und Väterberaterinnen. Für mehr als 37 Prozent war die MVB die wichtigste Vermittlungsstelle. Diese herausragende Position in der allgemeinen

Wochenbettbetreuung lässt sich durch die Bewertung nachfolgender Aussagen weiter bekräftigen und konkretisieren. 40.4 Prozent der Hebammen arbeiteten eng mit der MVB zusammen, weitere 26.8 Prozent stimmten der Aussage "eher zu" (Abbildung 20). In der Betreuungsarbeit mit sozial benachteiligten Familien erhielt die Zusammenarbeit mit der MVB tendenziell einen höheren Stellenwert als allgemein (stimme völlig zu 46.6%, stimme eher zu 24.6%). Für diese Familien organisierten die meisten Hebammen einen gemeinsamen Besuch mit der MVB oder gaben einen Rapport an die Mitarbeiter/innen ab.

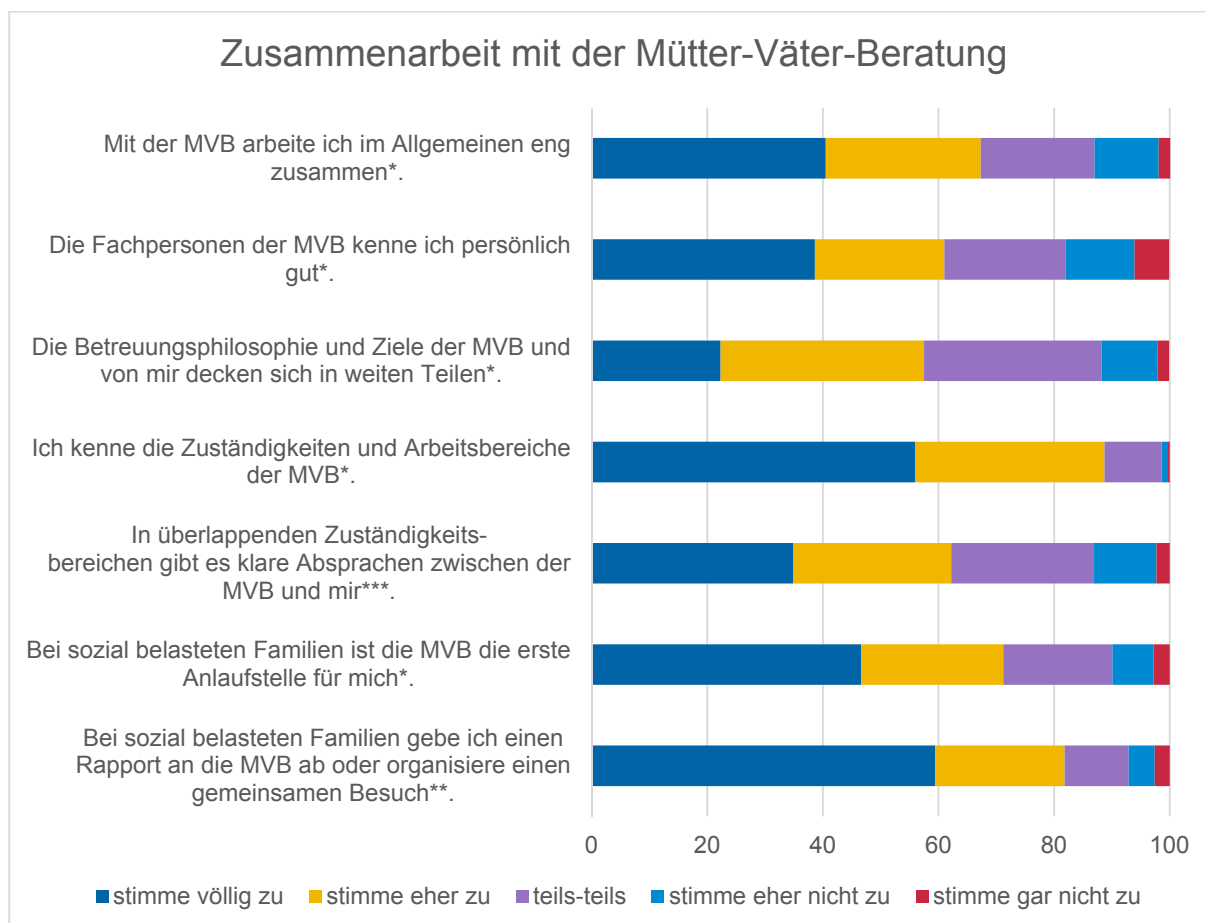


Abbildung 20. Zusammenarbeit mit der Mütter-Väter-Beratung

Anmerkung: Fehlende Werte * n=47, ** n=49, *** n= 57

Zwar stellte die MVB eine wichtige Vermittlungsquelle für die Hebammen dar, dennoch äusserten mehr als 40 Prozent der Hebammen, die Fachpersonen der Beratungsstelle persönlich, nur teilweise oder nicht gut zu kennen. In ländlichen Regionen arbeitende Hebammen kannten die Mitarbeiter/innen der MVB häufiger als ihre Kolleginnen im städtischen Bereich, persönlich und gut (Mann-Whitney-U-Test, $p=.001$). Ebenfalls annähernd 40 Prozent der Hebammen erklärten, nur zum Teil oder nicht klare Absprachen bei überlappenden Zuständigkeitsbereichen mit der MVB getroffen zu haben. Diese Aussagen unterschieden sich für ländlich oder städtisch arbeitende Hebammen nur tendenziell voneinander, mit häufiger klareren Regeln im ländlichen Bereich.

Mehr als die Hälfte der Hebammen bestätigte, dass die eigene Betreuungsphilosophie in weiten Teilen mit derjenigen der MVB übereinstimme. Weitere 30.7 Prozent sahen zumindest teilweise Übereinstimmungen. Die Angaben zur Übereinstimmung der Betreuungsphilosophien unterschieden sich nicht nach Arbeitsregion, wohl aber nach der Berufserfahrung ($r_s = -.230$, $p \leq .001$). Die Anzahl der Berufsjahre korrelierte negativ auch mit allen weiteren Aussagen mit annähernd mittlerer Effektstärke. Das heisst mit zunehmender Berufserfahrung stimmten Hebammen den Aussagen zur Zusammenarbeit mit der MVB zu. Auch für die monatliche Betreuungsquote lassen sich Zusammenhänge mit der Zustimmung zu den Aussagen herstellen, diese sind insgesamt jedoch schwächer ausgeprägt. Am wenigsten stark wirkt sich der Betreuungsquotient

bezüglich der zwei Aussagen zur Vermittlung sozial benachteiligter Familien aus. Das bedeutet, dass die Relevanz der MVB für Hebammen mit sozial belasteten Familien unabhängig von ihrer Arbeitsbelastung ist. Auch der Umgang mit einem Rapport an die MVB oder einem gemeinsamen Besuch bei der Familie ist unabhängig von der Arbeitsbelastung der Hebamme.

Die Zusammenarbeit mit der MVB ist im Allgemeinen in allen drei Sprachregionen von ähnlicher Ausprägung. Bezüglich der Übereinstimmung der Betreuungsphilosophie und der Ziele zeigen sich allerdings Unterschiede. Die teilnehmenden Hebammen der italienischen Sprachregion berichteten am häufigsten von Differenzen in der Betreuungsphilosophie mit der MVB. Da nur 19 Hebammen aus dieser Sprachregion teilnahmen, ist die Aussagekraft sehr gering. Vier Hebammen sahen eher oder vollständige Übereinstimmungen. Sieben sahen diese nur zu einem Teil und weitere vier Hebammen sahen keine Übereinstimmung. In den französischsprachigen Kantonen fiel die völlige Zustimmung geringer aus als in den deutschsprachigen Kantonen (17.4 % vs. 24.5 %). Dennoch sahen in den beiden Sprachregionen mehr als die Hälfte der Hebammen *völlig* oder *eher* eine Übereinstimmung in der Betreuungsphilosophie (französisch 56.5 %, deutsch 59.6 %). Weniger oder keine Übereinstimmung sahen 17,4 Prozent (n=12) der Hebammen in der Romandie und 9.4 Prozent (n=25) in den deutschsprachigen Kantonen. Alle weiteren sahen in Teilbereichen Übereinstimmungen (französisch 26.1 %, deutsch 30.9 %).

Von den 46 Hebammen, die nicht eng mit der MVB zusammenarbeiten, begründeten 38 diesen Umstand mit Freitextangaben. Am häufigsten (14 Nennungen) wurde angegeben, dass sie keinen Bedarf an einer Zusammenarbeit hätten. Sie betreuten entweder insgesamt zu wenig Familien oder zu wenig Familien mit einem Beratungsbedarf der MVB. Vielfach würden die Frauen sich auch selbstständig an die MVB wenden, wenn sie nach Abschluss der Hebammenbetreuung einen Bedarf hätten. Weitere Nennungen betrafen Schwierigkeiten mit der Erreichbarkeit der MVB. In Einzelfällen wurde eine konfliktbelastete Zusammenarbeit oder Konkurrenzdenken von Seiten der MVB beschrieben. Auch unterschiedliche, manchmal konträr empfundene Betreuungsphilosophien und -stile wurden thematisiert. Auch Erlebnisse von fehlender Kompetenz bezüglich einiger Beratungsthemen, wie beispielsweise der Stillberatung, und, aus Sicht der Hebamme, voreiliges Überweisen an einen Arzt, wurden berichtet.

5.2.7 Hebammen im Bereich der Frühen Förderung

Fragen:

Kennen Sie Initiativen im Bereich der Frühen Förderung in Ihrer Region / Ihrem Kanton?

Sehen Sie Ihre Arbeit in der ambulanten Wochenbettbetreuung als Teil des Angebots der Frühen Förderung?

Die Fragen zum Bereich der Frühen Förderung wurden mit folgender Definition eingeführt:

Frühe Förderung

Frühe Förderung umfasst frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung. Die allgemeine Frühe Förderung soll allen Kindern und ihren Familien offenstehen, z. B. durch Hebammen, Ärztinnen, MVB, Erziehungsberatung und weitere familienunterstützende Angebote. Angebote der besonderen Frühen Förderung richten sich an sozial belastete Familien mit Kindern, die zur Stärkung ihrer Ressourcen eine spezifische familienergänzende Unterstützung benötigen (z. B. Kindertagesstätte, Tagesfamilien, heilpädagogische Massnahmen)

Quelle: Nationales Programm gegen Armut, 2016.

Über 60 Prozent der Hebammen waren Initiativen der Frühen Förderung in ihrer Region oder ihrem Kanton bekannt. Von den eher im städtischen Bereich arbeitenden Hebammen kannten annähernd drei Viertel der Hebammen entsprechende Initiativen. Im ländlichen Bereich waren es signifikant weniger (53.7%, $p \leq .001$). In der Romandie kannte jede zweite der 70 antwortenden Hebammen Initiativen der Frühen Förderung

(fehlende Werte $n=13$). Von den 267 Hebammen der deutschsprachigen Region waren es 64.8 Prozent. Hebammen, die in einem Netzwerk integriert sind, kannten häufiger als nicht vernetzte Hebammen Initiativen der Frühen Förderung (72.2 vs. 44.6 %, $p<.001$).

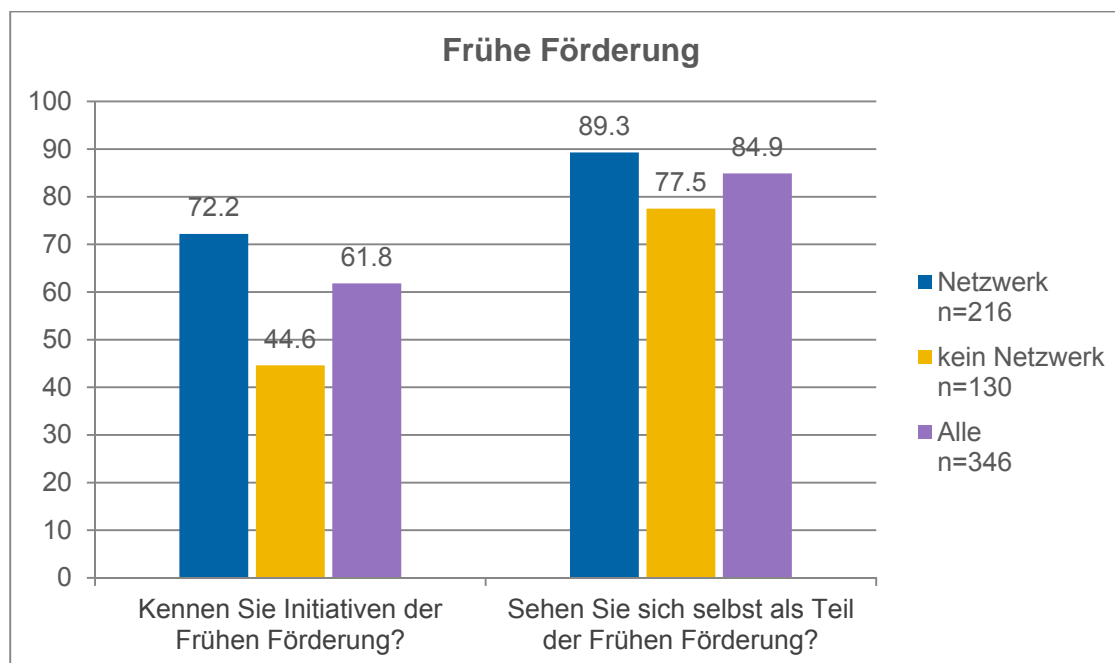


Abbildung 21. Frühe Förderung

Anmerkung: Die Unterschiede zwischen den Gruppen Netzwerk/kein Netzwerk sind statistisch signifikant auf einem Niveau von mindestens 5 Prozent.

Bis auf wenige, überwiegend in ländlichen Regionen tätige Ausnahmen, sahen Hebammen sich mit ihrer Arbeit als Teil der Frühen Förderung. Dieses Ergebnis ist unabhängig von der Sprachregion. Auch für diese Fragestellung lassen sich signifikante Unterschiede zwischen den vernetzten und nicht vernetzten Hebammen ausmachen. 89.3 Prozent der vernetzten und 77.5 Prozent der nicht vernetzten Hebammen sahen sich als Teil der Frühen Förderung ($p=.010$).

5.2.8 Vorteile und Auswirkungen vernetzter Hebammenarbeit

Die Vorteile und Auswirkungen einer vernetzten Hebammenarbeit wurden über sieben Aussagen abgefragt. Hebammen, die angaben, nicht in einem Netzwerk integriert zu sein ($n=130$), wurden nach ihrer Einschätzung zu Vorteilen und Auswirkungen vernetzter Arbeit befragt. Vernetzte Hebammen ($n=229$) wurden nach ihren Erfahrungen mit der Zusammenarbeit befragt. An den Bewertungen beteiligten sich 275 bis 285 Hebammen (fehlende Werte 113 - 126). Werden die Bewertungen auf die Anzahl der Hebammen, von denen eine Vernetzung bekannt ist, bezogen ($n=349$), nahmen zwischen 49–56 der vernetzten und 12–22 der nicht vernetzten Hebammen Bewertungen vor.

Für sechs der sieben Aussagen lassen sich kaum Unterschiede zwischen den Erwartungen der nicht vernetzten und den Erfahrungen der vernetzten Hebammen identifizieren (Abbildung 22).

Von den 229 vernetzten Hebammen bewerteten 164 die Aussage: „Familien mit komplexer Problemlage oder mit speziellen Belastungen sind umfassender versorgt“. Für mehr als die Hälfte der Hebammen ($n=102$, 62.3%) traf diese Aussage zu, für weitere 32.9 Prozent ($n=54$) traf sie zumindest teilweise zu. Acht Hebammen (4.9%) waren nicht der Meinung, dass belastete Familien umfassender versorgt sind, weil sie in einem Netzwerk integriert sind. Ähnlich viele der nicht vernetzten Hebammen erwarteten eine umfassende Versorgung der Familien. Nur vier Hebammen (3.4%) gingen nicht davon aus, dass belastete Familien umfassender versorgt werden.

Die Bewertung der Aussage: „Die Bedürfnisse des Kindes werden in den Mittelpunkt gestellt“, erfolgte ebenso in annähernder Übereinstimmung. Zirka die Hälfte der Hebammen ging davon aus, dass diese Aussage zutrifft. Bis auf 11 Hebammen (9,6%) der nichtvernetzten Hebammen und 12 (7,4%) der vernetzten Hebammen sahen dies rund 40 Prozent zumindest zum Teil so.

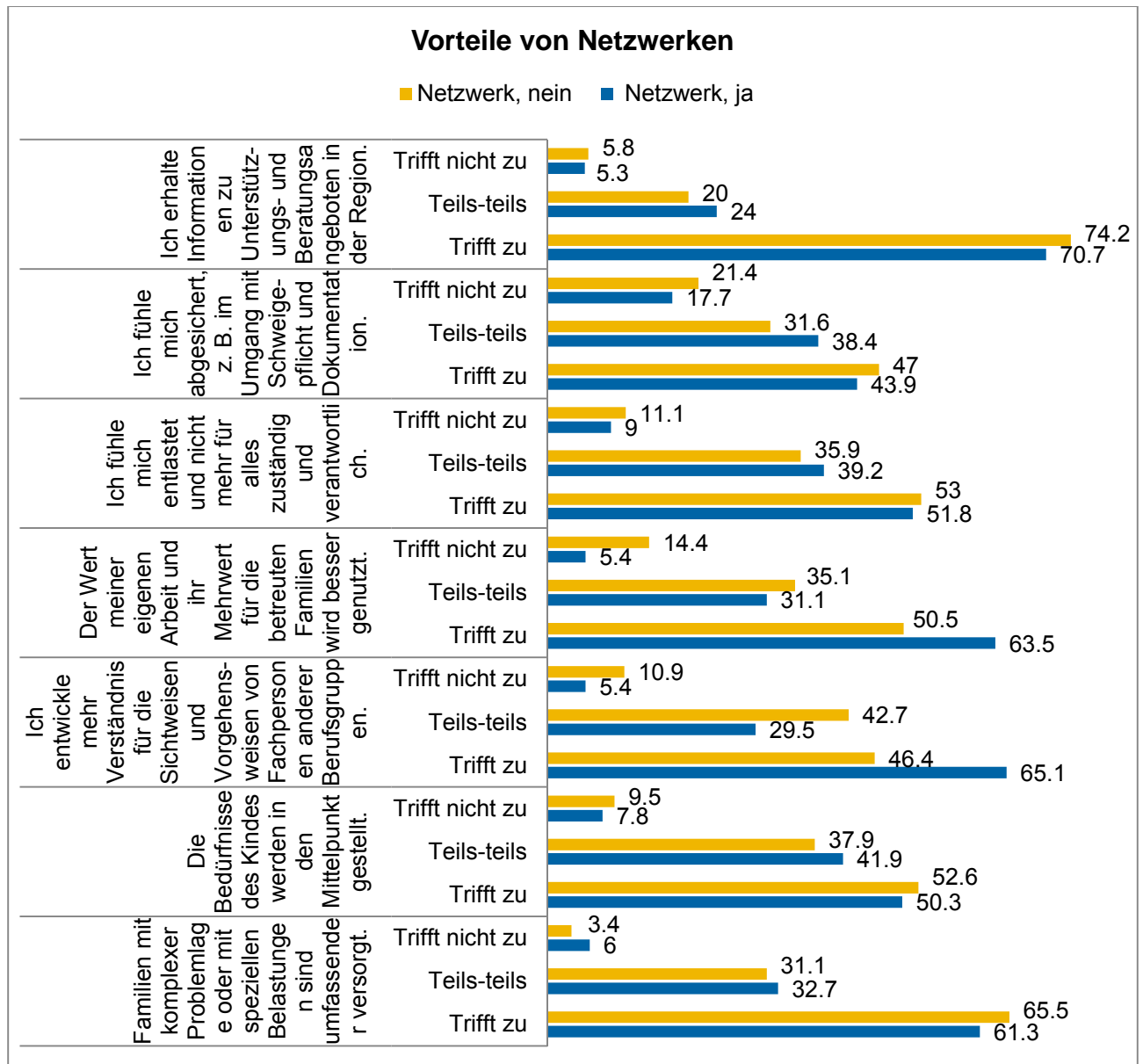


Abbildung 22. Vorteile der Arbeit in Netzwerken

Deutlich mehr vernetzte als nicht vernetzte Hebammen stimmten der Aussage zu, dass der Wert der eigenen Arbeit und ihr Mehrwert für die betreuten Familien besser genutzt werde (63,4 vs. 50,9 %, $p=.010$). Acht von 164 (4,9 %) vernetzten und 16 (14,8 %) von 108 nicht vernetzten Hebammen stimmten dieser Aussage überhaupt nicht zu.

Das Entwickeln von mehr Verständnis für die Sichtweisen und Vorgehensweisen von Fachpersonen anderer Berufsgruppen, wurde in den beiden Gruppen sehr ähnlich eingeschätzt. 75 (65,0 %) nicht vernetzte und 107 (66,0 %) vernetzte Hebammen stimmten dem vorbehaltlos zu. Bis auf wenige Hebammen (3,4 / 4,3 %) teilten alle anderen zumindest teilweise diese Meinung.

Sehr häufig wurde der Aussage nach dem Informationsgewinn durch die Netzwerke zu Unterstützungsangeboten in der Region zugestimmt (vernetzte Hebammen 71.3 %, nicht vernetzte Hebammen 73.7 %). Gut die Hälfte der Hebammen empfand oder erwartete eine Entlastung für die Betreuung sozial belasteter Familien. Dabei unterschieden sich Erwartung und Erfahrung nicht voneinander. Am wenigsten schien das Gefühl einer Absicherung der Hebammen durch ein Netzwerk, z. B. im Umgang mit der Schweigepflicht gegeben oder erwartet zu werden. Weniger als die Hälfte der Hebammen stimmten der Aussage zu. 16.8 Prozent erlebten und 20.5 Prozent erwarteten diesbezüglich keine Unterschiede.

Unterschiede zwischen monoprofessionell und interdisziplinär vernetzten Hebammen

Differenzierte Analysen zwischen mono- und interdisziplinär vernetzten Hebammen zeigen signifikante Unterschiede zwischen Hebammen mit interdisziplinärer Netzwerkerfahrung und solchen, die ausschliesslich monoprofessionellen Netzwerke angehörten. Die Hebammen wurden in der Online-Befragung gebeten, ihre Antworten auf ihr wichtigstes - sofern vorhanden - interdisziplinäres Netzwerk zu beziehen. Für die Auswertung wurden Hebammen, die in beiden Formen vernetzt waren, der Gruppe interdisziplinäres Netzwerk zugeordnet. Potentiell konnten 111 in monoprofessionellen und 108 in interdisziplinären Netzwerken engagierte Hebammen Stellung zu den sieben Aussagen beziehen. Bewertet hatten die Aussagen 59 bis 64 monoprofessionell, und 104 bis 106 interdisziplinär vernetzte Hebammen. Die Tabelle mit einer Übersicht zu den Häufigkeiten findet sich im Anhang (Anhang 8).

Signifikant mehr Hebammen in interdisziplinären Netzwerken stimmten der Aussage zu, dass Familien mit komplexer Problemlage oder speziellen Belastungen umfassender versorgt werden (69.4 vs. 46.4 %, $p=.013$) (Tabelle 12). Auch die Einschätzungen zur Aussage "Die Bedürfnisse des Kindes werden in den Mittelpunkt gestellt", unterscheiden sich nach Form des Netzwerkes signifikant voneinander ($p=.037$). Uneingeschränkte Bestätigung gaben 53.2 Prozent der interdisziplinär und 45.5 Prozent der monoprofessionell vernetzten Hebammen, während nur 3.2 Prozent der ersteren aber 14.5 Prozent der letzteren dies vollständig verneinten. Auch die Bewertungen zu den Aussagen zum verbesserten Verständnis der Sicht- und Handlungsweisen anderer Berufsgruppen ergaben statistisch signifikante Unterschiede. Die Aussagen wurden von den interdisziplinär vernetzten Hebammen positiver eingeschätzt. Drei Viertel der interdisziplinär vernetzten und weniger als die Hälfte der monoprofessionell vernetzten Hebammen hatten bejaht, mehr Verständnis für die Sicht- und Handlungsweisen von Fachpersonen anderer Berufsgruppen entwickelt zu haben ($p<.001$). Doch bestätigten 48.1 Prozent der letzteren, dass sich diese Entwicklungen zumindest teilweise ergaben. Eine deutliche Entlastung bei der Zuständigkeit von belasteten Familien fühlten weit mehr als die Hälfte der interdisziplinär vernetzten Hebammen (58.1 %). Dieser deutliche Effekt trifft auf 41.7 Prozent der monoprofessionell vernetzten Hebammen zu ($p=.008$).

Tabelle 12. Vorteile von Netzwerken – signifikante Unterschiede zwischen der Art des Netzwerkes der Hebamme

Aussagen	Art des Netzwerkes	n	Trifft zu	Teils-teils	Trifft nicht zu	p-Wert
Ich habe mehr Verständnis für die Sichtweisen und Vorgehensweisen von Fachpersonen anderer Berufsgruppen.	monoprofessionell	54	42.6	48.1	9.3	<0.001***
	interdisziplinär	111	76.6	19.8	3.6	
Familien mit komplexer Problemlage oder mit speziellen Belastungen sind umfassender versorgt.	monoprofessionell	56	46.4	44.6	8.9	0.013*
	interdisziplinär	111	69.4	27.0	3.6	
Die Bedürfnisse des Kindes werden in den Mittelpunkt	monoprofessionell	55	45.5	40.0	14.5	0.037*
	interdisziplinär	111	53.2	43.2	3.6	

gestellt.

Ich fühle mich entlastet und nicht mehr für alles zuständig und verantwortlich.	monoprofessionell	55	41.8	41.8	16.4	0.020*
	interdisziplinär	110	57.3	38.2	4.5	

Anmerkung: fehlende Werte n=50-52 (monoprofessionelles Netzwerk, n=106), n= 2-3 (interdisziplinäres Netzwerk, n=113). * signifikant auf einem Niveau von 5 %, *** signifikant auf einem Niveau von 0.1 %.

Keine signifikanten Unterschiede ergeben sich für das Gefühl von Absicherung durch das Netzwerk, z. B. in Fragen der Schweigepflichtentbindung. Auch wird dieser Aspekt von deutlich weniger Hebammen als zutreffend eingeschätzt (inter. NW 46.8 vs. mono. NW 38.9 %). Ein grosser Vorteil von Netzwerken allgemein ist die Versorgung mit Informationen zu lokalen Unterstützungsangeboten, der in interdisziplinären Netzwerken etwas stärker ausgeprägt zu sein scheint (inter. NW 74.8 vs. mono. NW 62.7 %).

Der Mehrwert der eigenen Arbeit für die Familien ist für weit mehr als die Hälfte der vernetzten Hebammen ein relevanter Effekt. Tendenziell zeigen sich auch für diese Einschätzung mehr interdisziplinär Vernetzte davon überzeugt (inter. NW 65.8 vs. mono. NW 58.9).

5.2.9 Aspekte zur Förderung von Netzwerkarbeit von Hebammen

Zur Bewertung förderlicher Aspekte der Netzwerkarbeit von Hebammen wurden sieben Aussagen formuliert (Abbildung 23). Hebammen ohne formelles Netzwerk konnten bewerten, ob und wie stark sich die Aspekte auf eine mögliche Beteiligung an Netzwerkarbeit auswirken würden; bereits vernetzte Hebammen bewerteten die entsprechenden Aspekte danach, wie sie sich für ihre Netzwerkarbeit auswirkten. Respekt und Anerkennung der Fachpersonen untereinander stellte sich als ein besonders relevanter Aspekt dar. Fast drei Viertel der vernetzten Hebammen empfand Respekt als unerlässlich. Signifikant weniger nicht vernetzte Hebammen stimmten dem Anspruch nach Respekt voll und ganz zu (71.9 vs. 61.0 %, $p = 0.028$). Weitere Aspekte mit förderlicher Wirkung, die von mindestens der Hälfte der in Netzwerken (NW) arbeitenden Hebammen eine volle Zustimmung erhielten, waren: *ausreichende Ressourcen* (58.8 %), *Rückmeldung und Information zum weiteren Verlauf durch die hinzugezogenen Fachpersonen* (56.7 %), *klarer Umgang mit der Schweigepflicht* (56.4 %), *fallbezogener Austausch zwischen den Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich* (54.6 %) und *regelmässig stattfindende Fallbesprechungen und Fortbildungen* (50.0 %). Diese Aspekte wurden tendenziell von nicht in Netzwerken (ø NW) arbeitenden Hebammen in geringerem Umfang als sehr wichtig eingeschätzt. Gemeinsam entwickelte, verbindliche Kriterien zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfs wurden weniger häufig als sehr förderlicher Aspekt betrachtet. Hier gab es annähernde Übereinstimmung zwischen den unterschiedlichen Hebammengruppen (NW 36.7, ø NW 34.2 %). Die geringste förderliche Wirkung wird der gemeinsamen Entwicklung verbindlicher Kriterien zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfs (NW teils-teils: 21.9 %, ø NW teils-teils: 13.3 %) und regelmässige gemeinsame Fallbesprechungen und Fortbildungen (NW teils-teils: 12.2 %, ø NW teils-teils: 18.0 %). Insgesamt betrachtet schätzten jedoch zirka 70–80 Prozent der Hebammen unabhängig vom Vernetzungsgrad die aufgelisteten Aspekte *eher* bis *völlig* als förderlich für Netzwerkarbeit von Hebammen ein.

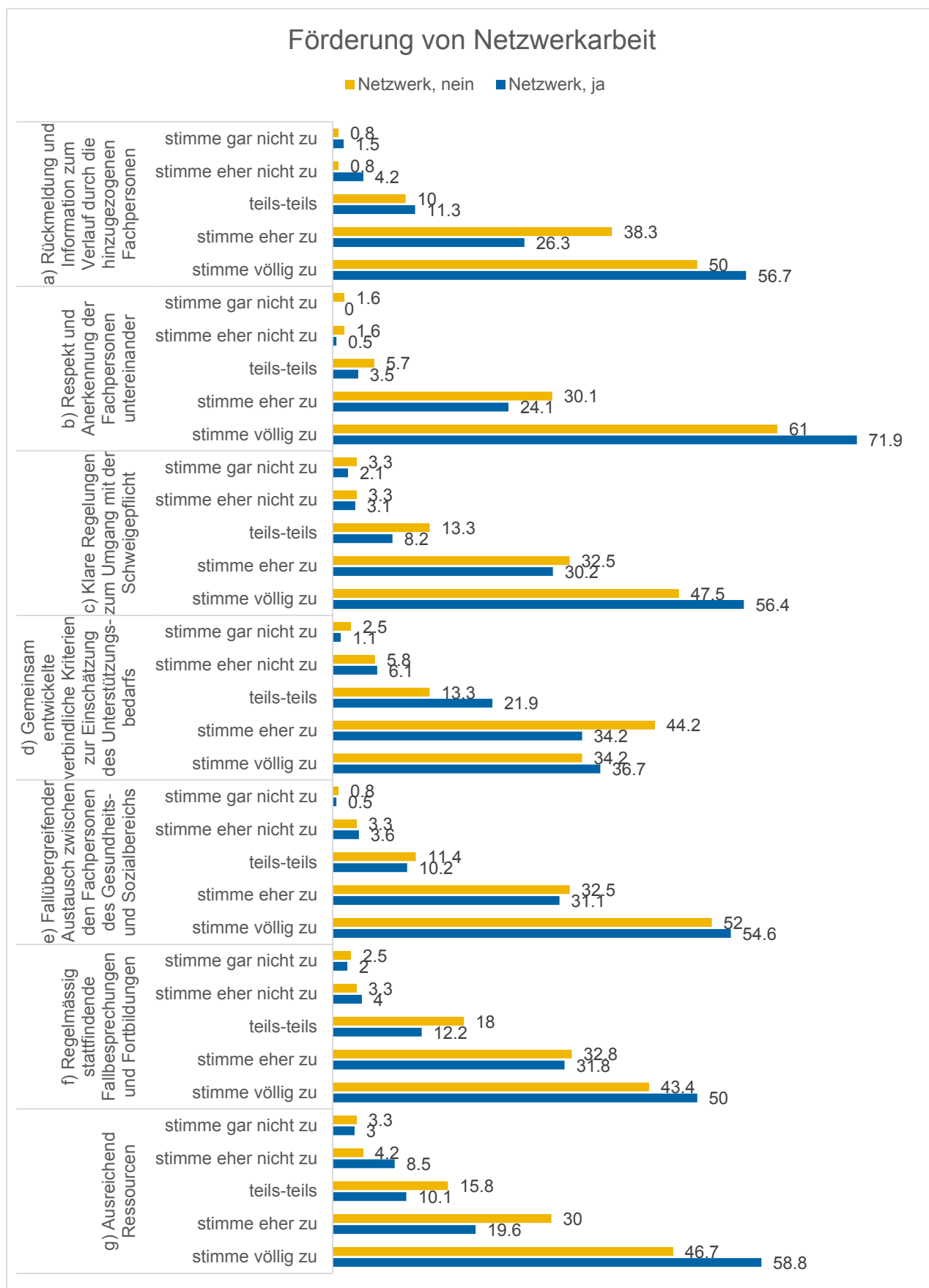


Abbildung 23. Förderung von Netzwerkarbeit

Anmerkung: Fehlende Werte: kein Netzwerk n=7–10; Netzwerk n=20–24. Unterschiede der Einschätzung zu Aussage b) sind signifikant auf einem Niveau von 5 %.

5.3 Diskussion der Ergebnisse aus der Online-Umfrage

Insgesamt haben 401 freipraktizierende Hebammen aus der gesamten Schweiz an der Umfrage teilgenommen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von knapp 30 Prozent. Ein Vergleich mit der Datengrundlage des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV) zeigt auf, dass der Datenrücklauf in den Kantonen sehr unterschiedlich ausfällt. Eine überdurchschnittliche Beteiligung ist vor allem in den Kantonen und Regionen zu verzeichnen, in denen relativ wenige Hebammen mit Wochenbettbetreuung beim SHV gemeldet sind. Mit 10.3 Prozent Beteiligung stellt Genf hiervon eine Ausnahme dar. Weniger prozentual aber von der Anzahl her stark vertreten sind vor allem Zürich und Umgebung, die Zentral- und die Ostschweiz aber auch die Kantone Aargau, Solothurn und Bern. Etwas mehr als die Hälfte der Hebammen in der Umfrage sind in ländlich bis mittelstädtischen Regionen tätig.

Die Ergebnisse der Umfrage resultieren vor allem aus Angaben sehr erfahrener Hebammen. Im Mittel waren sie 47 Jahre alt und verfügten über 20 Jahre Berufserfahrung. Nur wenige der Hebammen (3.5 - 6.5 %) hatten ihre Berufsausbildung nach der Ausbildungsreform 2010 bis 2012 direkt an einer Fachhochschule beendet. Einige (3 %) waren über das Rentenalter hinaus tätig. Die Betreuungsquote der einzelnen Hebamme ist unterschiedlich hoch. Nach den geschätzten Angaben lag sie in 2016 bei durchschnittlich 63 Familien pro Hebamme. Dies liegt deutlich über den Angaben der Tätigkeitserfassung der freipraktizierenden Hebammen der Schweiz (Erdin, Grylka-Bäschlin et al., 2017, S. 11). Gemäss diesem Bericht werden etwas unter 80 Prozent aller Familien während der Wochenbettzeit von Hebammen betreut. Die Hebammen erfassten 2016 durchschnittlich 52 Fälle, die sich jedoch nicht allein auf die im Wochenbett betreuten Familien beziehen, sondern alle Betreuungen, inklusive der Betreuungen während der Schwangerschaft und der Geburt, einschliessen. In der vorliegenden Online-Umfrage betreute die Hälfte der Hebammen 1 bis 4 Familien pro Monat. Ausgehend von durchschnittlich 6.8 Besuchen pro Familie (Erdin, Grylka-Bäschlin et al., 2017, S. 14) lag der Leistungsumfang damit bei zirka 7 bis 40 Besuchen pro Monat. Jeweils ein weiteres Viertel betreute 5 bis 8 und das letzte Viertel 9 bis 23 Familien pro Monat.

5.3.1 Netzwerke von freipraktizierenden Hebammen

Für freipraktizierende Hebammen bieten sich verschiedene Formen und Arten an interdisziplinärer Zusammenarbeit und Kooperation an. Unter Berücksichtigung des skizzierten Hintergrunds der Stichprobe kann die Aussage getätigt werden, dass ein Engagement in einem oder mehreren Netzwerken beruflichen Alltag der meisten Hebammen gehört. Die Hebammen in der Umfrage nannten zahlreiche Varianten der Vernetzung. Sie reichen von blossen Vermittlungskontakten (z. B. zu Gynäkologinnen, Kinderärzten) über mehr oder weniger regelmässige Zusammenarbeit oder Austauschtreffen mit einzelnen Fachpersonen oder Kolleginnen, bis zum Engagement in formellen Hebammennetzwerken (z. B. Familystart Zürich, Arcade sages-femmes) oder institutionalisierten interdisziplinären Netzwerken der Frühen Förderung (z. B. Guter Start ins Kinderleben Thurgau). Die Vermittlungs- und Zusammenarbeit mit Ärzten, Ärztinnen, Physiotherapeuten, Psychiaterinnen oder Osteopathen und weiteren Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitswesen findet hauptsächlich im Kontext von körperlichen Problemen oder Erkrankungen statt. Hebammen schätzen den Verlauf des Wochenbetts und die Entwicklung des Kindes auf Basis ihrer medizinischen Kenntnisse kontinuierlich ein, um frühzeitig regulierend tätig zu werden oder ärztliche Hilfe beizuziehen. Formelle Hebammennetzwerke wie Familystart Zürich und Familystart beider Basel oder Arcade sages-femmes haben sich in den letzten Jahren erfolgreich etabliert und wachsen kontinuierlich mit dem Ziel, allen Familien eine Anschlussbetreuung nach dem Spitalaustritt zu ermöglichen. Die Ergebnisse zur Beteiligung an Netzwerken der Frühen Förderung unterstützen die Erkenntnis von Renner (2010), dass Hebammen ein besonders hohes Eigeninteresse an einem Engagement auch in diesem psychosozialen Feld zeigen. Neben der Erklärung, dass der Tätigkeitsbereich der psychosozialen Beratung der Familien im Wochenbett die Beratung über Hilfsangebote inkludiert und damit leicht an die Praxis Früher Hilfen anschliesst (Renner, 2010), kann andersherum der Anreiz zur Vernetzung auch durch die Angebote und ein aktives Einbeziehen von Hebammen von Seiten institutionalisierter Netzwerke im Bereich der Frühen Förderung wirksam sein.

Höhere Quoten für formelle Vernetzung in den Städten

Der Frage nach der Beteiligung an einem Netzwerk ging eine Definition voran, damit Netzwerke mit formeller und strukturierter Zusammenarbeit an gemeinsamen Zielen von einseitiger Vermittlungstätigkeit oder von reinen Ad-hoc-Netzwerken differenziert werden konnten. 130 Hebammen, das entspricht zirka einem Drittel der Teilnehmerinnen, sind nicht in einem formellen Netzwerk integriert. Hebammen in ländlich bis mittelstädtischen Bereichen sind seltener als Hebammen im grossstädtischen Tätigkeitsbereich in einem formellen Netzwerk engagiert. Drei Viertel der Hebammen mit einem Tätigkeitsfeld in einer grösseren Stadt oder im Agglomerationsgürtel waren in monoprofessionellen und /oder interdisziplinären formellen Netzwerken tätig. Bei den im ländlichen bis mittelstädtischen Raum tätigen Hebammen lag die Vernetzungsquote bei zirka 50 Prozent. Die geringe Rücklaufquote in einigen Kantonen mit grösseren Städten, wie Genf oder Bern, erschwert allerdings eine eindeutige Aussage zur Häufigkeit von Netzwerkarbeit in städtischen Gebieten. Möglicherweise fühlten sich vernetzte Hebammen stärker von der Umfrage angesprochen als nicht vernetzte. Ein Effekt, der darüber verstärkt worden sein könnte, dass die Reminder der Umfrage vielfach über (Hebammen-)Netzwerke (insbesondere Familystart Zürich und Familystart beider Basel) und über netzwerkende Hebammen weitergeleitet wurden.

Von den 219 in formellen Netzwerken arbeitenden Hebammen hatten drei Viertel, unabhängig von der Tätigkeitsregion, Erfahrungen in monoprofessionellen Netzwerken und zirka die Hälfte hatte Erfahrungen mit der Zusammenarbeit in interdisziplinären Netzwerken gemacht. 12 der ausschliesslich in dem monoprofessionell organisierten Verein Familystart Zürich engagierten Hebammen gaben an, in einem interdisziplinären Netzwerk zu sein. Die enge Zusammenarbeit mit den Partnerkliniken könnte eine Erklärung dafür sein, dass Hebammen ihre Arbeit im Netzwerk als interdisziplinär eingebunden einstufen. Auf der anderen Seite gaben neun der 14 Hebammen des interdisziplinär aufgestellten Vereins Familystart beider Basel an, in einem monodisziplinären Netzwerk zu sein. Wegen der Kooperationsverträge mit Spitälern und der gemeinsamen interdisziplinären Fortbildungen ist auch hier eine eindeutige Zuordnung schwierig.

Organisation formeller Netzwerke

Die Netzwerktreffen werden aus Sicht der meisten Hebammen zentral organisiert. Vier von fünf Hebammen waren in Netzwerken, in denen die Versendung der Einladung, die Organisation der Räumlichkeiten und die Durchführung der Treffen zentral innerhalb des Netzwerks geregelt wurden. Für die meisten Netzwerke galt zudem, dass die Treffen regelmässig oder zumindest teilweise protokolliert wurden. Nur wenige Hebammen waren in Netzwerken, deren Treffen und Arbeitsergebnisse nie protokolliert wurden. Dennoch war die Organisation in knapp der Hälfte der Netzwerke stark abhängig von dem Engagement einzelner Teilnehmerinnen. Ein weiteres Drittel der Hebammen berichtete, dass die Organisation der Treffen zumindest teilweise auf dem persönlichen Engagement beruht. Weniger als jede fünfte Hebamme war in einem Netzwerk integriert, dessen Struktur soweit institutionalisiert war, dass die Organisation unabhängig von dem persönlichen Engagement einzelner Akteure oder Akteurinnen funktionierte. Die Bewertungen der Hebammen zur Organisation und Durchführung von Netzwerktreffen unterscheidet sich nicht danach, ob es sich um monoprofessionelle oder interdisziplinäre Netzwerke handelt. Eine Bewertung der Ergebnisse fällt insbesondere für die Hebammennetzwerke sehr schwer, da etwas mehr als die Hälfte der ausschliesslich in monoprofessionellen Netzwerken organisierten Hebammen keine Bewertungen der Aussagen zur Organisation und Durchführung vorgenommen haben. Dafür werden zwei Erklärungsansätze herangezogen: Einerseits ist es möglich, dass sich diese Hebammen von dem Umfragethema nicht angesprochen gefühlt haben, da der Organisationsgrad ihrer Netzwerke eher gering ist. Andererseits könnte der Hinweis im Fragebogen, dass Hebammen, die in beiden Formen von Netzwerken organisiert sind, die Aussagen auf ihr wichtigstes interdisziplinäres Netzwerk beziehen sollen, auch zu falschen Schlüssen geführt haben. So ist es möglich, dass rein monoprofessionell vernetzte Hebammen sich von der Fragestellung nicht mehr angesprochen, sondern vielmehr ausgeschlossen fühlten.

Subgruppenanalysen zeigen auf, dass es Unterschiede zwischen den einzelnen Netzwerken gibt. Die geringen Zahlen lassen zwar keine generellen Aussagen zu, dennoch können sie Hinweise auf unterschiedliche Strukturen der Netzwerke geben. 6 von 9 (66.7 %) Hebammen im Netzwerk Familystart

beider Basel, 15 von 34 (44.1 %) Hebammen im Netzwerk Familystart Zürich und 3 von 11 (27.3 %) Hebammen im Netzwerk Guter Start ins Kinderleben Thurgau stimmten der Aussage zu, dass die Organisation der Netzwerktreffen vom Engagement einzelner Personen abhängt.

Vorteile formeller Netzwerkarbeit

Die grössten Vorteile der Vernetzung sehen Hebammen darin, Informationen über Unterstützungsangebote zu erhalten. Die meisten Hebammen sehen sozial benachteiligte Familien durch die Netzwerkarbeit besser versorgt. Mehr vernetzte als nicht vernetzte Hebammen entwickeln ein Verständnis für Sicht- und Handlungsweisen von Fachpersonen anderer Berufsgruppen und sehen zugleich eine bessere Nutzung des Wertes ihrer eigenen Arbeit und dessen Mehrwert für die Familien. Dieses Ergebnis ist von besonderer Relevanz, da es aufzeigt, dass die bereits bestehenden Netzwerke förderliche Strukturen aufweisen, die die eigene Kompetenz und Relevanz von Hebammen innerhalb eines interdisziplinären Teams stärken und für Hebammen spürbar und Familien nutzbar machen. Sich als Teil eines Netzwerkteams zu verstehen, kann zur Entlastung führen, da sich die Hebammen nicht mehr für alles zuständig und verantwortlich fühlen. Die von Meier Magistretti et al. (2015) identifizierten vier Faktoren für Erfolg und Überleben freiwilliger interdisziplinärer Zusammenschlüsse: motivierende und unterstützende Steuerungselemente, gegenseitiges Vertrauen, Commitment der einzelnen Mitglieder und ein gemeinsames Grundverständnis, können mit den vorliegenden Ergebnissen weitestgehend bestätigt werden. Damit wird untermauert, dass die in der Literatur identifizierten fördernden Faktoren wichtig sind und bereits vielfach zum Einsatz kommen. Dass nichtvernetzte Hebammen weniger häufig erwarten, dass der Mehrwert ihrer Arbeit in den Familien steigt und sie ein grösseres Verständnis für andere Berufsgruppen entwickeln, zeigt auch auf, dass eine Förderung der Vernetzung von Hebammen im Sinne einer Kontinuität der Betreuung von Familien weitere Vorteile erzielen könnte.

Voraussetzungen für ein Engagement in einem formellen Netzwerk

Um einem Netzwerk beizutreten und sich dort zu engagieren, müssen Hebammen einen Bedarf und entsprechende Zugänge haben. Hebammen, die nicht in einem formellen Netzwerk integriert waren, gaben an, entweder keinen Bedarf an entsprechender Zusammenarbeit zu haben oder es gab keine Netzwerke innerhalb ihrer Region. Letzteres kam in den eher ländlichen und mittelstädtischen Regionen deutlich häufiger als in grossen Städten (inkl. Agglomerationen) vor. Unabhängig von ihrem regionalen Wirkungskreis gaben 40 Prozent der nicht vernetzten Hebammen an, keinen Bedarf an einer Mitarbeit in einem formellen Netzwerk zu haben, da ihnen in ausreichendem Umfang relevante Akteure bekannt waren, zu denen sie im Bedarfsfall Kontakt aufnehmen oder zu denen sie Frauen oder Familien vermitteln konnten. Insbesondere Hebammen, die zusätzlich zur freien Praxis auch in einem Spital arbeiteten, fühlten sich umfassend vernetzt. Angaben zur Vermittlungspraxis der Hebammen bei erweitertem Unterstützungsbedarf von Familien geben einen Hinweis darauf, dass auch die nicht in formellen Netzwerken integrierten Hebammen über geeignete Kontakte zu Fachpersonen verfügen und damit ein persönliches Netzwerk pflegen. Die Hälfte der Hebammen stand regelmässig und insgesamt 87 Prozent zumindest teil- oder zeitweise in einem interdisziplinären Austausch, vor allem mit der Mütter- und Väterberatung, mit Kinderärztinnen, Gynäkologen sowie Akteurinnen und Akteuren verschiedener psychiatrischer und sozialer Dienste. Bis auf einzelne Fälle standen alle befragten Hebammen im Austausch mit Kolleginnen – die Mehrheit davon *regelmässig*. Eine weitere Begründung fehlender Netzwerkzugehörigkeit waren für jede vierte bis fünfte Hebamme fehlende oder nicht ausreichende zeitliche Ressourcen. Vereinzelt gaben die Hebammen an, aus persönlichen Gründen (z. B. Mutterschaftsurlaub, Verrentung) entweder sehr wenig Wochenbettbetreuungen zu leisten und kaum mit Familien in Kontakt zu kommen, die einen Bedarf an Vermittlung hätten. Einige Hebammen betonten auch, dass sie sich über die zusätzliche Spitaltätigkeit sehr gut vernetzt fühlen würden.

Die Förderung einer guten und respektvollen Arbeitskultur auf Augenhöhe unter den Fachpersonen mit unterschiedlichem beruflichen Hintergrund ist von grosser Relevanz für ein Engagement in interdisziplinären Netzwerken. Downe, Finlayson & Fleming (2010) machen darauf aufmerksam, dass Hebammen auf eine besondere Kultur und Tradition innerhalb des medizinischen Systems zurückblicken, die bis heute auf die Art

und Weise der interdisziplinären Zusammenarbeit und Netzwerkarbeit hineinwirkt. Die Autorinnen beschreiben, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztinnen und Ärzten einerseits geprägt ist durch ein deutliches hierarchisches Gefälle, das den Entscheidungs- und Handlungsspielraum von Hebammen auch in der Betreuung von gesunden Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und ihrer Kinder beeinflusst. Zudem orientieren sie sich an unterschiedlichen Ansätzen und Betreuungsphilosophien, mit denen sich die Berufe demselben Ziel, nämlich der Gesundheit von Mutter und Kind, widmen. In dem komplexen multidisziplinären Handlungsfeld der Frühen Förderung, in dem Fachpersonen aus dem medizinischen und Gesundheitssystem sowie dem Sozialsystem an dem gemeinsamen Bezugspunkt 'Kind' arbeiten, besteht nach Hafen immer die Gefahr, dass sich "... bestimmte Leistungsbereiche gegenüber anderen Professionen und deren wissenschaftlichen Bezugsdisziplinen abschotten." (2013, S. 103). Die von Hafen diskutierte hohe Sensibilität für die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit in den Netzwerken der Frühen Förderung scheint positive Auswirkungen zu zeigen. In der vorliegenden Umfrage lässt sich ein wachsendes Verständnis von Hebammen in interdisziplinären Netzwerken für Sicht- und Handlungsweisen von Fachkräften aus anderen Berufsgruppen feststellen. Das gegenseitige Verständnis zeugt von mehr Kenntnis über die unterschiedlichen Berufsgruppen und kann eine Möglichkeit sein, die von Hafen (2013) aufgezeigten fragmentierten und spezifischen Sichtweisen von Fachleuten im Interesse der Eltern aufeinander abzustimmen. Da die Netzwerkarbeit auf einem in keiner Form vergüteten Engagement der Hebammen beruht, kann davon ausgegangen werden, dass eine hohe Bereitschaft besteht, aktiv und in interdisziplinärer Verflechtung zum Wohle des Kindes und seiner Familie zusammenzuarbeiten. Diese professionelle Haltung sollte durch bekanntermassen förderliche Faktoren von Seiten inititierender Institutionen unterstützt werden, ohne aus dem Blick zu verlieren, dass eine Anerkennung einer professionellen Leistung mit einer entsprechenden Vergütung einhergeht. Dazu gehören u. a. gut koordinierte Netzwerktreffen (Hafen, 2013; NZFH, 2014) mit aktiv einbindenden und motivierenden Strukturen, Förderung und Verbreitung von passgenauen (Ziegenhain et al. 2007) und bedarfsgerechten Angeboten (EKM, 2009) insbesondere für Familien mit geringen Risiken aber sichtbaren Belastungen beim Übergang in die Elternschaft sowie gemeinsame Fort- und Weiterbildungen und teambildende Massnahmen (EKM, 2009; Posthumus et al., 2013; Reeves et al., 2013; NZFH, 2014; Ayerle et al., 2014).

Förderung von Netzwerkarbeit von Hebammen

Respekt und Anerkennung der Fachpersonen untereinander ist ein Aspekt, der für die Förderung der Netzwerkarbeit von Hebammen von massgeblicher Relevanz ist. Auch in internationalen Untersuchungen zeigt sich, dass die Beziehung unter den Netzwerkakteurinnen und -akteuren eine hohe und höhere Wertigkeit besitzt, als organisationale Faktoren und formalisierte Strukturen (Clancy, Gressnes & Svensson, 2013; Psaila, Schmied, Fowler & Kruske, 2015). Signifikant weniger nicht vernetzte Hebammen stimmten diesem Anspruch nach Respekt voll und ganz zu. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Erfahrungen mit der Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus der eigenen aber vor allem aus anderen Berufsgruppen – gute wie schlechte – die Relevanz des Themas verdeutlichen. Neben Respekt und Anerkennung ist auch Vertrauen ein wichtiger Faktor für eine gute Zusammenarbeit (Downe et al., 2010). Erfahrungen nicht eingehaltener Absprachen schwächen die Bereitschaft, sich in ähnlichen Situationen wieder an den Akteur zu wenden. Viele, vor allem vernetzte Hebammen kennen zudem die Sorge, Familien womöglich unnötig in ein institutionelles Kontrollsystem zu überführen. Diese Sorge ist möglicherweise gekoppelt an ein, aus Hebammensicht, fehlendes niedrigschwelliges und zugängliches Unterstützungsangebot für Familien ohne speziellen Förderbedarf. Ein gestuftes Angebotssystem zur Familienunterstützung müsste darüber hinaus auch kurzfristig in Notfällen erreichbar sein, z.B. in Form eines Bereitschaftsdienstes. Die freipraktizierenden Hebammen sind für die Familien fast zu jeder Zeit erreichbar. Vielfach vermissen sie Ansprechpartnerinnen und -partner sowie Hilfeangebote, die jederzeit und kurzfristig erreichbar sind. Insbesondere in den entstehenden Lücken nach Büroschluss, in Ferienzeiten oder an Wochenenden und Feiertagen übernehmen sie Verantwortung für die Belange der Familien.

Trotz der Relevanz von gegenseitiger Anerkennung und Vertrauen werden gemeinsam entwickelte, verbindliche Kriterien zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfs am geringsten als förderliche Faktoren für die Netzwerkarbeit bewertet. Dies ist erstaunlich, da die Entwicklung entsprechender Kriterien eine

Auseinandersetzung der Akteurinnen und Akteure auf Augenhöhe voraussetzt und zu gemeinsamen Absprachen führen kann, in die unterschiedlichen professionellen Ansätze einfließen. Auch *regelmässige gemeinsame Fallbesprechungen und Fortbildungen* sind für ein Viertel der nicht vernetzten und jede fünfte vernetzte Hebamme nicht von ausschlaggebender Relevanz. Diesen Aspekten wird literaturgestützt ein hohes förderliches Potential zugesprochen (EKM, 2009; Posthumus et al., 2013; Reeves et al., 2013; NZFH, 2014; Ayerle et al., 2014).

Netzwerkerfahrene Hebammen beurteilen einen fallbezogenen Austausch zwischen Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich und eine Rückmeldung zum weiteren Verlauf in den Familien sowie regelmässig stattfindende Fallbesprechungen tendenziell stärker als förderlich für die Netzwerkarbeit als ihre nicht in Netzwerken integrierten Kolleginnen. Auch ausreichend vorhandene Ressourcen und eine Klärung zum Umgang mit der Schweigepflicht sind für sie eher von Relevanz.

Insgesamt betrachtet schätzten jedoch zirka 70 - 80 Prozent der Hebammen, unabhängig vom Vernetzungsgrad, alle aufgelisteten Aspekte als *eher* bis *völlig* förderlich für Netzwerkarbeit von Hebammen ein.

5.3.2 Hebammen und Angebote der Frühen Förderung

Viele der teilnehmenden Hebammen kennen Initiativen der Frühen Förderung in ihrem näheren Arbeitsumfeld. Auch hier zeigen sich Unterschiede nach den Tätigkeitsregionen (ländlich/städtisch) und dem Vernetzungsgrad der Hebammen (kein Netzwerk/Netzwerk). Zum einen geben signifikant weniger Hebammen in ländlichen bis mittelstädtischen Regionen an, entsprechende Angebote zu kennen. Zum anderen sind es weniger Hebammen aus der Romandie. Die hohe Zahl fehlender Angaben aus der Romandie könnte ein weiterer Hinweis darauf sein, dass Angebote der Frühen Förderung unter den Hebammen weniger bekannt sind. Hebammen, die in Netzwerken engagiert waren, kannten signifikant häufiger Initiativen der Frühen Förderung. Da in ländlichen bis mittelstädtischen Regionen weniger Hebammen in formellen Netzwerken engagiert waren, kann vermutet werden, dass die signifikanten Einflüsse der Tätigkeitsregion und das Engagement in einem formellen Netzwerk direkt miteinander zusammenhängen und sich überlagern. Möglicherweise ist die Mitarbeit in Netzwerken ausschlaggebender für die Bekanntheit von entsprechenden Angeboten als die Tätigkeitsregion einer Hebamme.

Das Selbstverständnis von Hebammen, sich als Teil der Frühen Förderung zu verstehen, unterscheidet sich ebenfalls signifikant zwischen den in formellen Netzwerken integrierten und den nicht vernetzten Hebammen. Bis auf wenige, überwiegend in ländlichen Regionen tätige Ausnahmen, sehen Hebammen sich mit ihrer Arbeit als Teil der Frühen Förderung. Dieses Ergebnis ist unabhängig von der Sprachregion. Im Konzept der Frühen Förderung werden Hebammen zusammen mit Kinderärzten, Mütter- und Väterberaterinnen sowie Fachpersonen der Erziehungsberatung in den Bereich der familienunterstützenden allgemeinen frühen Förderung eingeordnet (GEF, 2012, S. 7). Die Förderung des Stillens, der Pflege, des Umgangs und der Kommunikation mit dem Neugeborenen gehören unter anderen zu den Tätigkeiten, die Eltern bei ihren Anpassungsleistungen und der Schaffung erster Rahmenbedingungen für ein gutes Aufwachsen unterstützen. Nicht selten betreuen sie darüber hinaus Eltern, die über das normale Mass hinausgehend belastet sind durch Regulationsstörungen oder erhöhte Fürsorgeanforderungen des Kindes.

Nicht zu beruhigende, schreiende Kinder stellen den häufigsten Grund dar, weswegen sich Eltern an Hebammen oder andere Fachpersonen wenden. Häufig berichten diese Eltern und insbesondere die Mütter, unter grosser Müdigkeit, z. T. auch unter Erschöpfung zu leiden und sich in einem Teufelskreis zu befinden (Wittberger, Albermann, Pehlke-Milde, Koppitz et al. 2017). In extremen Situationen kann dies eine postpartale Depression nach sich ziehen. Darüber hinaus lässt sich ein Zusammenhang zwischen extremem Schreien und dem sogenannten Schütteltrauma darstellen (Long, 2001 ; Corwin, Brownstead, Barton, Heckard & Morin, 2005 ; Dennis & Ross, 2005 ; Talvik, Alexander, Talvik, 2008 ; Kurth, Kennedy, Spichiger, Hosli & Zemp Stutz, 2011). Eine niedrigschwellige entlastende Unterstützung der Familien im ambulanten Bereich wäre damit ein, aus Hebammensicht, passendes Angebot der Frühen Förderung.

5.3.3 Postpartale Betreuung psychosozial belasteter Familien durch Hebammen

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Arbeit von Hebammen mit psychosozial belasteten Familien diskutiert. Im Einzelnen werden der Zugang zur Hebammenbetreuung, das Vorgehen von Hebammen bei der Einschätzung psychosozialer Belastungen und Erfahrungen von Hebammen mit der Vermittlungstätigkeit von Familien mit speziellen physischen oder psychosozialen Bedürfnissen thematisiert.

Der Kontaktaufbau der Familie zu Hebamme erfolgt für formell vernetzte Hebammen über mehrere Zugänge.

Im Allgemeinen stellen Familien den Kontakt zur Hebamme selbst her. Für knapp drei Viertel der Hebammen gehört dies zum Regelfall. Üblicherweise bieten freipraktizierende Hebammen ihre Dienste über Listen, Telefonbucheinträge, Internetseiten oder Hebammenzentralen u. v. m. an. Frauen haben und ergreifen die Möglichkeit, sich an eine Hebamme ihrer Wahl zu wenden. Nur jede fünfte Hebamme hatte ihre berufliche Praxis so organisiert, dass Familien nur manchmal oder selten den Kontakt herstellten. Auch das Spital erfüllt eine wichtige Rolle in der Vermittlung einer Wochenbettbetreuung durch die Hebamme. So wurde für 40 Prozent der Hebammen der Kontakt meistens oder häufig über das Spital hergestellt. Die Evaluationen der Versorgungsmodelle von Familystart Zürich und Familystart beider Basel verdeutlichen, dass gerade Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss und fremdsprachige Migrantinnen bis zum Zeitpunkt der Geburt noch keine Hebamme für das Wochenbett kontaktiert hatten. Vielfach fehlten ihnen die Informationen oder ein einfacher Zugang zu diesem Versorgungsangebot (Späth et al., 2014; Origlia Ikhilior, Hasenberg, Kurth, Stocker Kalberer, Cignacco & Pehlke-Milde, 2017). Hinzu kommt die sukzessive Verringerung der Aufenthaltsdauer in den Kliniken nach der Geburt auf zirka drei Tage nach einer vaginalen Geburt und zirka 5 Tagen nach einem Kaiserschnitt, die dazu führt, dass Frauen zu einem vulnerablen Zeitpunkt des Wochenbetts (z. B. initiale Brustdrüsenanschwellung am 3. und 4. Tag p. p., hormonelle Umstellung und Babyblues, Schlafmangel, Wundheilung, physiologische Gewichtsabnahme beim Neugeborenen) nach Hause entlassen werden. Eine spezifische, persönliche und aufsuchende Wochenbettbetreuung ist für verschiedene Aspekte, bspw. für Heilungsverlauf, Stillbeginn und die Förderung der Eltern-Kind-Beziehung wichtig. Informationen zur eigenen und zur Gesundheit des Kindes sowie emotionale Unterstützung wird besonders in dem Zeitraum um die Klinikentlassung (2–7 Tage p. p.) stärker benötigt als sie bislang erfolgt (Meier Magistretti et al., 2014). Damit wird deutlich, dass nach der Entlassung eine kontinuierliche, nicht unterbrochene ambulante Weiterversorgung in den Familien wichtig ist.

Auch Kolleginnen, Hebammenzentralen, Ärztinnen und Ärzte stellten bei der Hälfte der Hebammen wichtige Vermittlungspartner für Familien dar. Zirka jede vierte bis fünfte Hebamme erlebte *meistens* bis *häufig*, dass der Kontakt der Familien sich über diese Personengruppen und Institutionen herstellte. Deutlich mehr Hebammen erlebten *selten* oder *nie* eine Kontaktvermittlung über Ärztinnen und Ärzte als über Kolleginnen und Hebammenzentralen. Diese waren jeweils für ein Drittel zumindest *manchmal* an der Kontaktaufnahme beteiligt. Die wenigsten Hebammen erlebten überhaupt Vermittlungen über die Mütter- und Väterberatung oder Akteurinnen und Akteure aus dem Sozialbereich. Dennoch berichtete jede zehnte davon, dass sich manchmal über diese Akteure ein Familienkontakt ergab.

Die Kontaktaufnahme der Frau oder der Familie zur Hebamme erfolgt je nach Vernetzung unterschiedlich. Die Integration in formellen Netzwerken ist assoziiert mit einer Eröffnung von verschiedenen Zugangswegen; auch aus dem Sozialbereich heraus. Signifikant häufiger ergeben sich bei den formell vernetzten Hebammen Kontakte über eine Hebammenzentrale (meistens/häufig 31.5 vs. 11.7 %), die Mütter- und Väterberatung (manchmal/häufig 14.9 vs. 2.8 %) und Akteure aus dem Sozialbereich (*manchmal/häufig* 12.9 vs. 6.4 %). Leichte Unterschiede ergeben sich auch für die Vermittlung durch andere Kolleginnen. Dies kommt in beiden Gruppen für die Hälfte der Hebammen *manchmal* vor, aber für mehr formell vernetzte Hebammen auch *häufiger* oder *meistens* (25.0 vs. 18.2 %). Die Häufigkeit der Kontaktaufnahme durch die Frau oder die Familie selbst ist völlig unabhängig von der Art der Vernetzung der Hebamme.

Betreuung von Familien mit sozialen Belastungen im Zusammenhang mit dem Elternwerden

Für ein Drittel der Hebammen war zirka jede fünfte bis dritte der betreuten Familien durch Migration oder unzureichende Sprachkenntnisse belastet. Soziale Belastungen wie mangelnde soziale Integration, mangelnde Unterstützung, problematische Lebens- oder Wohnsituation, Belastungen durch einen niedrigen Bildungsstand und eine angespannte finanzielle Situation trafen bei 20 Prozent der Hebammen jeweils für jede 5. bis 3. der betreuten Familien zu. Jede dritte Hebamme gab zudem an, dass eine psychische oder physische Erkrankung der Frau in mindestens jeder zehnten betreuten Familie vorlag. Hebammen, die in Netzwerken aktiv sind und in städtischen Regionen arbeiten, betreuen mehr sozial benachteiligte Familien, das heisst, Familien, die von mindestens drei sozialen Belastungen betroffen sind. Hebammen mit einem städtischen Einzugsbereich ohne Netzwerkanbindung arbeiten ähnlich häufig mit sozial benachteiligten Familien wie Hebammen in Netzwerken und eher ländlichem Einzugsbereich.

Nach der Tätigkeitserfassung der freipraktizierenden Hebammen für das Jahr 2016 hatten 41 Prozent der von Hebammen betreuten Frauen eine ausländische Staatsangehörigkeit, mindestens 12 Prozent hatten keine Berufsausbildung (Erdin, Grylka-Bäschlin et al. 2017, S. 17). Vor allem bei Frauen aus Afrika (28%), Asien (16%), Lateinamerika (13%), Osteuropa (10%) dokumentierten Hebammen mehrere psychosoziale Risikofaktoren. Ein belastender Faktor war bei mehr als jeder dritten Frau dokumentiert (Erdin, Iljuschin et al. 2017). Die Belastungen haben Auswirkungen auf die Betreuung durch die Hebamme, die sich in vielerlei Hinsicht von der Betreuung nicht belasteter Frauen unterscheidet. Bezogen auf die Wochenbettzeit werden die Mütter (oder das Kind) deutlich häufiger an andere Fachpersonen, die Sozialberatung oder zu einer psychologischen Beratung überwiesen. Die Mütter haben häufiger Stillprobleme. Sie werden seltener bereits zu einem frühen Zeitpunkt nach der Geburt von einer Hebamme zu Hause betreut, erhalten aber mehr postpartale Besuche und deutlich mehr ärztlich verordnete Besuche durch eine Hebamme (Erdin, Iljuschin et al., 2017). Veränderte Betreuungsbedingungen können auch in der vorliegenden Untersuchung beschrieben werden. Die meisten Hebammen betreuen sozial benachteiligte Familien über einen längeren Zeitraum. Zudem gestaltet sich die Betreuung für viele Hebammen deutlich aufwändiger.

Familien, in denen ein erhöhter Fürsorgebedarf von Seiten des Kindes durch eine Früh- oder Mehrlingsgeburt oder eine chronische Erkrankung des Kindes besteht, stellen für die meisten Hebammen der vorliegenden Umfrage nur einen geringen Anteil der betreuten Familien dar. In der Schweiz liegt der Anteil von Frühgeburten bei jährlich 7.0 Prozent und von Mehrlingen knapp unter vier Prozent, wobei diese häufig als Frühgeburt zur Welt kommen (BfS, 2017b). Möglicherweise besteht bei diesen Kindern primär ein grösserer Bedarf nach medizinischer Betreuung, ggf. verbunden mit einem verlängerten Spitalaufenthalt. Dadurch könnte der Zugang zur Hebammenbetreuung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, zu dem einige der Kinder keine wesentlich höheren Betreuungsanforderungen mehr aufweisen, oder aber die Familien erhalten wegen des späteren Zeitpunktes des Bedarfs seltener eine postpartale Betreuung durch Hebammen. Fast jede dritte Hebamme stellt in 20 und mehr Prozent der betreuten Familien Regulationsstörungen des Kindes fest, die sich unter anderem in einer Trink- oder Schreiproblematik äussern. Dies war unabhängig von der Mitarbeit in formellen Netzwerken, was einen Hinweis darauf gibt, dass hiervon alle Familien betroffen sind. Die Problematik ist als wichtiger Handlungsbereich von Hebammen vorangehend bereits näher thematisiert worden.

Die Ergebnisse aus der Untersuchung von Nagel-Brotzler, Brönnner, Hornstein & Albani (2005), dass nach Einschätzung von Hebammen 39 Prozent der von ihnen betreuten Schwangeren psychisch besonders belastet ist und knapp die Hälfte der Fälle mit körperlichen Beschwerden auf psychische Hintergründe / Ursachen zurückzuführen sind, kann in der vorliegenden Studie nicht belegt werden. Neben den "klassischen" psychischen Beschwerden, hatten die Hebammen in der Untersuchung von Nagel-Brotzler et al. (2005) Beziehungsstörungen zwischen Mutter und Kind und mit dem Partner identifiziert. In der vorliegenden Studie wurde die psychische oder körperliche Belastung im Rahmen einer psychosozialen Belastung gefragt. Belastungen im Zusammenhang mit dem Elternwerden wurden dennoch recht häufig in den betreuten Familien festgestellt. Fast ein Drittel der Hebammen betreute regelmässig (Anteil von 20 %) oder häufig (Anteil von 30 %) Familien, die durch Regulationsstörungen des Kindes belastet waren. Wegen des häufigen Auftretens dieser Belastungen in den Betreuungssituationen von Hebammen verweisen Nagel-Brotzler et al. auf das Potenzial von Hebammen für eine Mediatorenfunktion zwischen belasteten Frauen

und anderen betreuenden Fachpersonen. Die Autorinnen empfehlen zudem, Beziehungsstörungen in diesem Kontext in die Diagnostik einzubeziehen.

Unterstützung der Einschätzung psychosozialer Belastungen

Der persönliche Einblick in die familiären Lebensverhältnisse durch die aufsuchende Tätigkeit hilft fast allen Hebammen dabei, den Unterstützungsbedarf der Familien einzuschätzen. Weniger häufig genannt, dennoch von grossem Einfluss sind der gegenseitige kollegiale Austausch und das erworbene Fachwissen aus Fort- und Weiterbildungen. Ein interdisziplinärer Austausch, der für gut die Hälfte der Hebammen eine Unterstützung darstellte, war unabhängig von der Integration in ein Netzwerk oder von der Netzwerkform. Fachwissen aus der Ausbildung, die im Mittel gut 20 Jahre zurücklag, war für 90 Prozent zumindest teilweise eine gute Unterstützung. Der Einsatz von Assessmentinstrumenten wurde kaum genannt. Nur jede zehnte Hebamme setzte regelmässig entsprechende Instrumente zur Einschätzung des familiären Bedarfs nach Unterstützung ein, weitere 40 Prozent tat dies zumindest teilweise.

Neuere Untersuchungen zeigen auf, dass Assessmentinstrumente im Wochenbett hilfreich eingesetzt werden können (Knüppel Lauener, Imhof, 2016; Knüppel Lauener, Schnepf, Imhof, 2014; Grieshop, 2013). Der Einsatz der Edinburgh Postnatal Depression Scale während der Wochenbettbetreuung durch Hebammen ergab in der Studie von Grieshop (2013), dass 20 Prozent der Wöchnerinnen unter abklärungsbedürftigen depressiven Befindlichkeitsstörungen (Edinburgh Postnatal Depression Scale mit Cutt-off-Wert ≥ 12) litt.

5.3.4 Vermittlungsarbeit freipraktizierender Hebammen

Zusammenarbeit mit der Mütter- und Väterberatung

Den teilnehmenden Hebammen war unabhängig von der Tätigkeitsregion eine Mütter- und Väterberatung vor Ort bekannt. Die allermeisten Hebammen waren zudem gut informiert über die Arbeitsbereiche der MVB. Das gut ausgebaute Netz stellte zugleich den wichtigsten Partner in der Zusammenarbeit von Hebammen dar, insbesondere im Zusammenhang mit sozial benachteiligten Familien. Mehr als drei Viertel der Hebammen zählten die MVB zu den sechs wichtigsten Vermittlungspartnern. Für ein gutes Drittel stand sie sogar an erster Position. Die Mehrzahl kennt die Beraterinnen persönlich gut, dies gilt vor allem für den eher ländlichen Raum und signifikant seltener für den grossstädtischen Bereich. Dies ist möglicherweise auf eine höhere Anzahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Beratungsstellen im städtischen Gebiet zurückzuführen. Im Allgemeinen gaben Hebammen während oder gegen Ende der eigenen Betreuungszeit Informationen zur MVB und empfahlen z. B., einen Termin in absehbarer Zeit zu vereinbaren. In der Betreuung sozial belasteter Familien sorgten die Hebammen in der Regel für einen gemeinsamen Besuch oder gaben einen Rapport an die Beraterinnen der MVB. Etwas zurückhaltender beurteilten die Hebammen die Frage nach der Übereinstimmung der Betreuungsphilosophie mit den Fachpersonen der MVB. In diesem Punkt gibt es die geringste vollständige Zustimmung. In Abhängigkeit von der Berufserfahrung sahen mehr oder weniger als 60 Prozent eine vollständige bis annähernde Übereinstimmung. Die Zustimmung steigt nicht nur in diesem Punkt mit den Berufsjahren. Insgesamt scheint die Zusammenarbeit etwas besser oder intensiver für erfahrene Hebammen zu sein. Formell vernetzte oder nicht vernetzte Hebammen bewerteten die Beziehung und Zusammenarbeit sehr ähnlich. Tendenziell gaben netzwerkerfahrene Hebammen jedoch eher einen Rapport an die MVB oder organisierten einen gemeinsamen Besuch, wenn es um die gemeinsame Betreuung oder die Übergabe einer sozial belasteten Familie ging. Dennoch gab es zwischen den beiden Anbietern recht häufig (knapp 40 %) kaum oder keine Absprachen in Bezug auf überlappende Zuständigkeitsbereiche.

Die Zusammenarbeit wird grösstenteils durch die Hebammen initiiert. Nur selten ergibt sich ein Kontaktaufbau der Familie zur Hebamme über die MVB. Am ehesten ist das der Fall bei Hebammen, die in einem formellen Netzwerk integriert sind. Zu einem gewissen Grad ist dies nachvollziehbar angesichts der Tatsache, dass Frauen im Allgemeinen erst nach der Geburt mit der MVB in Kontakt kommen. Dennoch zeigen die Vermittlungsdienste von Familystart Zürich, Familystart beider Basel und der Hebammenzentralen auf, dass zahlreiche Familien zum Zeitpunkt nach der Geburt noch keine Hebammenbetreuung organisiert haben oder nicht wussten, dass sie Hebammenleistungen im Wochenbett

in Anspruch nehmen können. Mit der Verlängerung der Betreuungszeit von Hebammen im Wochenbett auf acht Wochen post partum hat sich das Potential zur Vermittlung von Seiten der MVB jedoch deutlich erhöht. Inwiefern die seltene Kontaktvermittlung durch zu wenig oder nicht weit genug verbreitetes Wissen über die spezifischen Hebammenleistungen in der Wochenbettzeit und die Unterschiede zu den eigenen Leistungen unter den Beraterinnen der MVB oder durch andere Ursachen begründet ist, sollte zukünftig untersucht werden.

Anhaltspunkte für eine wenig ausgeprägte Zusammenarbeit mit der MVB wurden von knapp 40 Prozent der Hebammen angegeben. Am häufigsten wurde genannt, dass insgesamt zu wenig Familien oder zu wenig Familien mit einem Beratungsbedarf von der MVB betreut wurden. Weiterhin wurde das Argument aufgeführt, dass die Frauen sich selbst an die MVB wenden, wenn sie nach Abschluss der Hebammenbetreuung einen Bedarf an einer Betreuung durch eine MVB hätten. Hebammen beschrieben, dass sich Frauen nach unbefriedigenden Erfahrungen, unflexibler Termingestaltung oder einer eher unpersönlichen Beratung durch die MVB wieder an sie gewendet haben. Ergebnisse aus einer Untersuchung in der Deutschschweiz können diese Erfahrungen zwar nicht untermauern. Nach den Erfahrungen von mehr als 1'000 befragten Müttern, fühlten sich diese jeweils zu zirka 90 Prozent sowohl von Hebammen als auch Mütter- und Väterberaterinnen immer freundlich und respektvoll behandelt (Meier Magistretti et al., 2014). Nur in einzelnen Fällen war dies selten oder nie der Fall. Die Autorinnen der Studie schränken ihre Ergebnisse aber dahingehend ein, dass diese Erfahrungen von eher älteren und eher gut gebildeten Müttern abgeben wurden. Die Problematik des Umgangs mit sozial belasteten Familien und schwierigen Situationen ist von generellem Interesse – auch bei Hebammen reicht die Bandbreite des professionellen Auftretens von autoritär und direktiv bis erleichternd und unterstützend (Simon et al., 2017) – und sollte für die beiden Berufsgruppen stärker thematisiert werden. Perspektivisch sollten die beschriebenen Konflikte ernst genommen werden, um die Potentiale der beiden Berufsgruppen in der allgemeinen und spezifischen Frühen Förderung nachhaltig nutzen zu können.

Schwierigkeiten im Zusammenhang der Vermittlungsarbeit

Hebammenarbeit basiert auf einem Vertrauensverhältnis mit der Frau und bestenfalls der gesamten Familie. Die Ergebnisse der vorliegenden Online-Befragung ergeben, dass dieses Vertrauensverhältnis nicht oder nur in seltenen Fällen belastet wird, wenn den Hebammen eine Vermittlung oder Hinzuziehung von weiteren Unterstützungsangeboten sinnvoll erschien. Jede zweite bis dritte Hebamme hat vielmehr erlebt, dass die Paare, trotz der Einschätzung eines Unterstützungsbedarfes durch die Hebamme, keine Vermittlung, also keine weiteren Akteure oder institutionellen Hilfen, in der Familie wünschten, die Angebote nicht als hilfreich einschätzten oder, dass ihnen die Angebote zu teuer waren und nicht bezahlt werden konnten. Möglicherweise zeichnet sich hier einerseits ab, dass Hebammen häufig alternativmedizinische Angebote empfehlen, beispielweise Osteopathie, Cranio-Sacral-Therapie oder Homöopathie (Erden, Grylka et al., 2017), die häufig privat gezahlt werden müssen. Darauf weist auch das Ergebnis hin, dass mehr interdisziplinär vernetzte Hebammen von diesem Problem berichteten, die ja auch einen höheren Anteil sozial belasteter Familien betreuten. Andererseits zeigt sich eine Lücke zwischen der Einschätzung der Hebamme und der Selbsteinschätzung der Familie, die anhand der vorliegenden Datenlage nicht erklärt werden kann und die Gegenstand weiterer Betrachtung sein sollte.

Jede vierte Hebamme äusserte, sich schon einmal Sorgen gemacht zu haben, eine Familie womöglich unnötig in ein System institutioneller oder staatlicher Kontrolle zu überführen. Diese Sorge äusserten mehr vernetzte als nicht vernetzte Hebammen, die, wie bereits weiter oben dargestellt, mehr sozial belastete Familien betreuen und gegebenenfalls öfter entsprechende Situationen erlebt haben.

6 Stärken und Limitationen der Studie

Die Erkenntnisse aus den Interviews mit den Expertinnen und der Online-Umfrage verschaffen einen ersten Einblick in die Netzwerkarbeit von Hebammen in der Schweiz. Mittels der Online-Umfrage wurden Erfahrungen von freipraktizierenden Hebammen aus allen Sprachregionen der Schweiz und allen Kantonen aufgenommen. Dennoch sind die Ergebnisse der Studie mit knapp 30 % Rücklaufquote nicht repräsentativ für alle Hebammen. Limitierend für die Repräsentativität der Aussagen ist zudem der Fakt, dass die Erinnerungsschreiben über die Vereine Familystart Zürich und Familystart beider Basel sowie über gut vernetzte Hebammen verbreitet wurden. Damit wurden vor allem bereits vernetzte Hebammen mehrfach für eine Teilnahme an der Studie angesprochen. Dadurch ist es möglich, dass die Stimmen nicht vernetzter Hebammen in der Studie unterrepräsentiert sind.

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Schlussfolgerungen basieren auf den Ergebnissen dieser Studie und sind, unter Berücksichtigung der Limitationen, als Empfehlungen für die weitere Entwicklung einer qualifizierten und systemisch verankerten Netzwerkarbeit freipraktizierender Hebammen zu verstehen.

Netzwerkarbeit von Hebammen gestaltet sich ausserordentlich vielfältig. Sie ist vor allem durch den individuellen Bedarf der betreuten Familien, der Qualifizierung der Leistungserbringer und den Zugangsmöglichkeiten zu weiterführenden Unterstützungsangeboten im sozialen und gesundheitlichen Versorgungssystem geprägt. Grundsätzlich lassen sich zwei Formen der Netzwerkarbeit unterscheiden: 1. die mehr oder weniger auf persönlichen Kontakten beruhende Zusammenarbeit (informelle Netzwerkarbeit) und 2. die organisierte und zum Teil auch institutionalisierte Zusammenarbeit (formelle Netzwerkarbeit). Beide Formen werden in der Schweiz von freipraktizierenden Hebammen monoprofessionell und interdisziplinär gestaltet.

Die meisten Hebammen geben an, in ihrer Region durch Kontakte zu Kolleginnen, Mütter- und Väterberaterinnen, Ärztinnen und Ärzten gut vernetzt zu sein. Von besonderer Relevanz ist der Kontakt zu den Mütter- und Väterberaterinnen, der zwischen den Polen guter persönlicher Zusammenarbeit und berufsständischer Konkurrenz beschrieben wird. Auf diese informellen Netzwerke greifen die Hebammen bei akuten Problemstellungen direkt zurück. Die Zusammenarbeit ist zeitlich begrenzt und flexibel auf Ebene des Einzelfalles gestaltet. Eine darüber hinausgehende Mitarbeit in einem formellen Netzwerk stellt aus Sicht einiger der befragten Hebammen keine Notwendigkeit dar. Eine funktionierende Zusammenarbeit auf regionaler Ebene sowie ein geringer Anteil an Betreuungen von psychosozial benachteiligten Familien werden als Gründe genannt. Andere Hebammen, insbesondere wenn sie in ländlichen Regionen arbeiten, beschreiben fehlende Möglichkeiten der formellen Netzwerkarbeit. Familien mit Unterstützungsbedarf können so nicht an passende Angebote weitervermittelt werden und die Potentiale einer interdisziplinären Zusammenarbeit im Sinne der Frühförderung bleiben ungenutzt. Insgesamt scheint es, dass freipraktizierende Hebammen in der Schweiz bisher nicht systemisch in die Versorgung sozial benachteiligter oder von Armut betroffener Familien mit Neugeborenen eingebunden sind.

Vernetzte Hebammen betreuen mehr sozial benachteiligte Familien. Von dieser Form der Vernetzung scheinen Familien wie auch Hebammen zu profitieren. Familien profitieren, weil sie aus Sicht der Hebammen insgesamt umfassender betreut und begleitet werden. Hebammen, weil sie in der Organisation ihrer Arbeit und der Betreuung psychosozial belasteter Familien unterstützt und entlastet werden. Freipraktizierende Hebammen schliessen damit Lücken in der Versorgung sozial benachteiligter Familien rund um die Geburt und eröffnen einen wichtigen Zugang zu weiterführenden Unterstützungsangeboten, wenn nötig. Dabei zeigen sie nicht nur Engagement in Netzwerken der Frühen Förderung, sondern entwickeln und unterhalten aktiv mono- und interdisziplinäre Netzwerke, wie z.B. Family Start Zürich und Familystart beider Basel. Die hier dargestellten Ergebnisse lassen keinen Schluss darüber zu, ob freipraktizierende Hebammen Kontakt mit formellen Netzwerken unterhalten, weil sie mehr psychosozial benachteiligte Familien betreuen, oder ob sie mehr Familien mit entsprechenden Bedürfnissen betreuen, weil sie über Netzwerke verfügen. Es kann aber festgehalten werden, dass die hier befragten Hebammen Verantwortung für das physische und psychische Wohlergehen der Familien und insbesondere der

Neugeborenen übernehmen. Es konnten zahlreiche Beispiele aus der Studie expliziert werden, in denen Hebammen nicht nur grosses Engagement, sondern auch grosse Zufriedenheit mit der Netzwerkarbeit ausgedrückt haben. Durch ihre Vertrauensposition und den Einblick in die Lebenssituation der jungen Familien vor und nach der Geburt eines Kindes sind freipraktizierende Hebammen in der Schweiz prädestiniert, einen Beitrag zur familienorientierten Frühen Förderung zu leisten und damit zur Verbesserung der Chancengleichheit beizutragen.

An verschiedenen Stellen zeigt sich dennoch Entwicklungs- und Handlungsbedarf, damit Hebammen in einem grösseren Umfang und unabhängig von ihrem regionalen Arbeitsbereich Netzwerke nutzen und Familien zu einem frühen Zeitpunkt der Unterstützung, die sich benötigen, zuführen können. Im Folgenden werden Empfehlungen formuliert, die sich an Verantwortliche in Politik und Verwaltung sowie Fachpersonen im Bereich der Praxis, Lehre und Forschung aus dem Gesundheits- und Sozialbereich richten.

1. Anerkennung der psychosozialen Arbeit von Hebammen

Eine zeitgemässe gesundheitliche Versorgung fokussiert nicht nur auf medizinische, sondern auch auf soziale und sozioökonomische Risiken. Insbesondere vernetzte Hebammen erbringen zunehmend mehr Leistungen in der Begleitung sozial benachteiligter Familien nach der Geburt eines Kindes. Dabei sind die Potentiale einer aufsuchenden, niedrigschwelligen und qualifizierten frühen Begleitung der Familien noch nicht systematisch in die Gesundheitsversorgung der Schweiz eingebettet. Die fehlende Anerkennung der psychosozialen Arbeit ist mit ein Grund dafür, dass freipraktizierende Hebammen die qualifizierte Versorgung der Familien nur unter grossem persönlichen Einsatz erbringen können. Die Leistungserbringung ist darüber hinaus verbunden mit einem hohen zeitlichen Aufwand ausserhalb geregelter Arbeitszeiten und wird bisher in keiner Form vergütet. Eine Anerkennung und Vergütung der Leistung sollte auf Grundlage einer Klärung von Aufgaben und Kompetenzen erfolgen und Möglichkeiten der Vergütung der Versorgungsleistung schaffen.

2. Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote für Hebammen und andere Gesundheitsfachberufe in der Frühen Förderung

Um sozial benachteiligte Familien kompetent betreuen zu können, d.h. den Unterstützungsbedarf qualifiziert zu erkennen, kommunizieren und eine sichere Überleitung an weitere Unterstützungsangebote gewährleisten zu können, müssen Hebammen ihre Versorgungsleistungen insbesondere im psychosozialen Bereich erweitern. Spezifische Aus-, Fort- und Weiterbildungen unterstützen Hebammen bei der Einschätzung psychosozialer Risiken und Ressourcen in den Familien. Die Probleme und Bedürfnisse von sozial benachteiligten Familien sind komplex und variieren stark voneinander. Migrantinnen, insbesondere asylsuchende Familien, sind häufig durch Kriegs-, Flucht- und Gewalterfahrungen geprägt. Eine realistische Einschätzung der spezifischen Probleme und Ressourcen ist ohne entsprechende transkulturelle Kompetenzen kaum möglich. Der qualifizierte Einsatz von validierten Assessmentinstrumenten sollte im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildungen erlernt und z.B. in Form interdisziplinärer Fallbesprechungen reflektiert werden. Dabei ist eine fortlaufende wissenschaftliche Evaluation zum Nutzen der Screening- und Assessmentinstrumente dringend zu empfehlen, um z.B. das Problem einer potentiell hohen Quote an falsch-positiven Befunden und damit verbundener ethisch-moralischer Implikationen zu überprüfen. Hier sind insbesondere die Hochschulen gefordert, Entwicklung, Forschung und Lehre miteinander zu verbinden.

3. Aktives Einbinden von Hebammen in interdisziplinäre Netzwerke und Initiativen der Frühen Förderung auf regionaler Ebene

Insbesondere Hebammen, die in ländlichen Regionen arbeiten oder nur wenige Familien betreuen, benötigen unkomplizierte Zugänge zu Netzwerken der Frühen Förderung oder zur angemessenen Vermittlung sozial benachteiligter Familien. Um verschiedene disziplinäre Kompetenzen optimal nutzen zu können, sollte ein kollegialer interdisziplinärer Austausch gepflegt werden, der insbesondere dann gelingt, wenn er auf Anerkennung und Respekt der jeweiligen Kompetenzen basiert. Gemeinsame Zielvorstellungen

sind von ebenso grosser Relevanz, wie eine Handlungskultur, in der Vertrauen wachsen kann. Gemeinsam erarbeitete Leitfäden, eindeutig definierte Verantwortungsbereiche und klare Strukturen sind hilfreich, damit Hebammen die Vermittlungs- oder Vernetzungsarbeit effizienter gestalten können.

4. Passende Unterstützungsangebote für Familien mit Neugeborenen schaffen

Die erste Zeit nach einer Geburt kann sehr herausfordernd sein. Insbesondere Familien mit fehlender sozialer Unterstützung sind hier gefährdet. Freipraktizierende Hebammen übernehmen zunehmend eine Rolle in der Begleitung und Unterstützung völlig unerfahrener junger Eltern, bis diese eine gewisse Sicherheit in der Pflege und im Umgang mit dem Neugeborenen haben. Kommt eine besondere Belastung, z.B. in Form eines erhöhten Pflegebedarfs des Säuglings dazu, kann die Situation in den Familien eskalieren. Eltern, die deutliche Zeichen einer Überforderung oder Erschöpfung zeigen, sollten unkompliziert Zugang zu Entlastungs- und wohnortnahen bzw. aufsuchenden Beratungsangeboten haben, die für Familien mit Neugeborenen und kleinen Kindern geeignet sind. Zentrale Anlaufstellen und Angebote für anonyme Fallberatungen, die auch an Wochenenden und Feiertagen mit qualifiziertem Personal besetzt sind, könnten Hebammen und betroffene Familien in Notfällen unterstützen, schnelle Hilfe zu finden. Eine regional organisierte und garantierte Überleitung in den stationären klinischen Bereich oder andere Notfalldienste sollte gesichert sein. In ländlichen Regionen ist zu überlegen, inwieweit Spitäler oder andere Institutionen, in denen sowohl Leistungen aus dem Gesundheits- wie auch Sozialbereich rund um die Uhr erbracht werden, einen ergänzenden Auftrag übernehmen könnten.

5. Förderung der Zusammenarbeit von Hebammen und Mütter- und Väterberaterinnen

Das flächendeckende Angebot der Mütter- und Väterberatung ist ein wichtiger Teil der allgemeinen familienunterstützenden Frühen Förderung. Die meisten der befragten Hebammen informieren die Familien innerhalb des Betreuungszeitraumes über das Beratungsangebot. Nicht selten wird eine Übergabe an die Mütter- und Väterberatung durch einen gemeinsamen Besuch oder einen telefonischen Austausch organisiert, wenn besonderer Betreuungsbedarf besteht. Eine an die Wochenbettbetreuung anschliessende Betreuung der Familien durch Mütter- und Väterberaterinnen stellt eine kontinuierliche Beratung aller Familien mit Neugeborenen sicher. Dennoch berichten die befragten Hebammen über Hindernisse an der Schnittstelle zum Leistungsangebot der Mütter- und Väterberatung, die sich nicht nur durch Appelle an eine verbesserte Zusammenarbeit auf persönlicher Ebene reduzieren lassen. Weiterführende, auf systemischer Ebene verortete Massnahmen sollten gemeinsam von Vertreterinnen der Berufsgruppen getroffen werden und durch Verantwortliche in Politik und Verwaltung unterstützt werden. Die Einrichtung öffentlich finanzierter interdisziplinär organisierter Familienzentren, die verschiedene Leistungsangebote auch räumlich zusammenführen, könnte z.B. eine Möglichkeit schaffen, die Schnittstellen zwischen den Betreuungsangeboten systematisch zu überbrücken.

6. Entwicklung und wissenschaftliche Evaluation von multiprofessionell abgestützten Modellprojekten in der Mutterschaftsvorsorge und Geburtshilfe

Eine nachhaltige und wirksame Prävention und Frühförderung sollte bereits in der Schwangerschaft beginnen. So zeigen armutsgefährdete oder sozial benachteiligte Familien ein schlechteres geburtshilfliches Outcome, z.B. in Form einer erhöhten Rate von frühgeborenen Kindern. Es wird empfohlen, ein entsprechendes Risikoassessment unter Berücksichtigung sozialer und medizinischer Aspekte und die Bereitstellung entsprechender präventiv wirksamer Versorgungsangebote in dem bereits etablierten geburtshilflichen Versorgungsangebot rund um die Mutterschaft schweizweit zu verankern und die Finanzierung zu sichern. Mittelfristig sind entsprechende gross angelegte Modellversuche zu unterstützen, in denen die Entwicklung und der Einsatz von Assessmentinstrumenten und das Angebot multidisziplinär gestützter Behandlungspfade geprüft werden. Im Rahmen einer Begleitforschung könnte so z.B. der potentielle Effekt einer familienorientierten aufsuchenden kontinuierlichen Hebammenbetreuung auf die Senkung der Frühgeburtenrate evaluiert werden. Nachhaltige Prävention von Armut und sozialer Benachteiligung erfordert Massnahmen zur Unterstützung der Familien von Anfang an.

Danksagung

Ganz besonders bedanken möchten wir uns bei allen Hebammen, die ihre Expertise im Interview dargelegt haben sowie den vielen engagierten Hebammen, die an unserer Umfrage teilgenommen haben und jeden Tag diese wichtige Unterstützungsleistung für Frauen, Familien und ihren neugeborenen Kindern leisten.

Wir danken Irina Iljuschin für die Mitarbeit bei der Erstellung des Forschungsgesuchs, Petra Graf Heule, Dr. Elisabeth Kurth und Prof. Dr. Angelika Schöllhorn für die fachkundige Beratung, Barbara Stocker Kalberer und dem Schweizerischen Hebammenverband für die Unterstützung der Rekrutierung sowie Inge Corti für das Korrektorat des Berichts.

Nicht zuletzt gilt unser Dank den Verantwortlichen des Nationalen Programms gegen Armut und des Vereins Familystart Zürich für die finanzielle und ideelle Unterstützung.

Literaturverzeichnis

- Affholter, K. (2013). Anzeige- und Meldepflicht (Art. 443 Abs. 2 ZGB). Gesetzliche Ausgestaltung in den Kantonen. http://www.avenirsocial.ch/cm_data/2016_05_Anzeige-_und_Meldepflichten_Kathrin_Affolter_aus_ZKE_1-2013.pdf, abgerufen am 12.11.2017.
- Axelsson R, Axelsson S. (2006). Integration and collaboration in public health - a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21: 75–88.
- Ayerle, G. M. (2012). Frühstart: Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen. In NZFH (Ed.), (Vol. 1.5.10.12). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Ayerle, G. M., Makowsky, K., Schucking, B. A. (2012). Key role in the prevention of child neglect and abuse in Germany: Continuous care by qualified family midwives. *Midwifery*, 28(4): e529.
- Ayerle, G. M., Mattern, E., Fleischer, S. (2014). Welche Kenntnisse und Einstellungen haben freiberuflich tätige Hebammen in Sachsen-Anhalt zum Netzwerk "Frühe Hilfen"? *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 2(02): 53-61.
- Barimani, M., Hylander, I. (2008). Linkage in the chain of care: a grounded theory of professional cooperation between antenatal care, postpartum care and child health care. *International Journal of Integrated Care*, 8(4): <http://doi.org/10.5334/ijic.254>.
- Beasley, S., Ford, N., Tracy, S. K., Welsh, A. W. (2012). Collaboration in maternity care is achievable and practical. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 52(6): 576-581.
- Beelmann, A. (2006). Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 35(2): 151-162.
- Bildungsdirektion Kanton Zürich (Hrsg.) (2009). Frühe Förderung. Hintergrundbericht zur familienunterstützenden und familienergänzenden frühen Förderung im Kanton Zürich. https://bi.zh.ch/dam/bildungsdirektion/direktion/bildungsplanung/fruehe_foerderung/fruehe_kindheit/Hintergrundbericht_Fruehe_Foerderung.pdf. Letzter Zugriff am 15.12.2017.
- Bogner, A.; Menz, W. (2009) Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.) (2009). Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarbeitete Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, S. 61-98.
- Brand, T., Jungmann, T. (2010). Zugang zu sozial benachteiligten Familien. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(2): 109-114. doi: 10.1007/s11553-009-0197-6
- Brand, T., Kurtz, V., Jungmann, T. (2012). Zwischen Gesundheit und Sozialem - Vernetzung im Kontext früher Hilfen. In W. Kirch, T. Hoffmann & H. Pfaff (Eds.), *Prävention und Versorgung* (pp. 113-124). Stuttgart: Thieme.
- Bryanton, J., Beck, C. T., Montelpare, W. (2013). Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, Cd004068. doi: 10.1002/14651858.CD004068.pub4
- Bundesamt für Statistik (BfS) (2017a). Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung. Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen. Armutsgefährdung, nach verschiedenen soziodemografischen Merkmalen (2007–2016). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/soziale-situation-wohlbefinden-und-armut/armut-und-materielle-entbehrungen.assetdetail.3742131.html>. Letzter Zugriff am 15.12.2017

- Bundesamt für Statistik (BfS) (2017b). Gesundheit der Neugeborenen.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheits-neugeborenen.html>. Letzter Zugriff am 15.12.2017.
- Cattrell, R., Lavender, T., Wallymahmed, A., Kingdon, C., Riley, J. (2005). Postnatal care: what matters to midwives. *British Journal of Midwifery*, 13: 206–213.
- Clancy A., Gressnes T., Svensson, T. (2013). Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27: 659–668
- Cook, C., Heath, F., Thompson, R. L. (2000). A Meta-analysis of response rates in web- or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*; 60(6): 821–836.
- Corwin, E. J., Brownstead, J., Barton, N., Heckard, S., Morin, K. (2005). The impact of fatigue on the development of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34(5): 577-586.
- Dennis, C. L., Ross, L. (2005). Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth*, 32(3):187-193.
- Downe, S., Finlayson, K. Fleming, A. (2010). Creating a Collaborative Culture in Maternity Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(3): 250– 254.
- Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen – EKM. (2009). Frühe Förderung. Forschung, Praxis und Politik im Bereich der Frühförderung: Bestandesaufnahme und Handlungsfelder. Bern-Wabern.
- Erdin, R., Grylka-Bäschlin, S., Schmid, M. Pehlke-Milde, J. (2017). Statistik der freipraktizierenden Hebammen der Schweiz. Auswertungen der Daten 2016. Winterthur: ZHAW, Institut für Hebammen.
- Erdin, R., Iljuschin, I. Pehlke-Milde (2017). Postpartum midwifery care and familial psychosocial risk factors in Switzerland. *International Journal of Health Professionals*, 4(1). Digital Collection ZHAW. DOI: 10.1515/ijhp-2017-0002.
- Fischer, E., Knocks, S., Wetter, M. (2012). Frühe Förderung – was ist das? Eine Begriffsklärung. Zofingen: Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion – GEF (Hrsg.)(2012). Konzept Frühe Förderung im Kanton Bern. Bericht des Regierungsrates. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF).
- Grieshop, M. (2013). Gesundheitsverhalten von Müttern nach der Geburt. Dissertation, Osnabrück
- Hafen, M. (2013). Interdisziplinarität in der Frühen Förderung. Notwendigkeit, Herausforderungen und Chancen. *Frühförderung interdisziplinär*, 32: 98–107.
http://www.fen.ch/texte/mh_interdisziplinaritaet.pdf, letzter Zugriff am 15.12.2017.
- Hafen, M. (2014). ‚Better Together‘ Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren. Überarbeitete und erweiterte Version des Schlussberichtes zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Luzern: Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.
- International Confederation of Midwives – ICM (2013). Essential competencies for basic midwifery practice <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>, letzter Zugriff am 20.11.2017.
- Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion (2017). Gefährdung des Kindeswohls. Kanton Bern, http://www.jgk.be.ch/jgk/de/index/kindes_erwachsenenschutz/kindesschutz/gefaehrderung_kindeswohl.html (2017). Abgerufen am 12.11.2017.

- Kanton St. Gallen (Hrsg.) (2015). Strategie «Frühe Förderung» Kanton St.Gallen. Departemente Inneres, Bildung und Gesellschaft des Kantons St. Gallen in Zusammenarbeit mit der Vereinigung der St. Galler Gemeindepräsidentin und -präsidenten und der Verbandes der St. Galler Vorksschulträger. https://www.sg.ch/home/soziales/kinder_und_jugendliche/fruehe_foerderung/_jcr_content/RightPar/downloadlist_teaser/DownloadListParTeaser/download_teaser.ocFile/Strategie%20FF_01.%2007.2015%20Endversion.pdf. Letzter Zugriff am 15.12.2017.
- Kanton Thurgau (Hrsg.) (2013). Vernetzung und Zusammenarbeit bei Frühen Hilfen und im Kinderschutz. Eine Broschüre für Fachpersonen. Dept. für Erziehung und Kultur, Fachstelle für Kinder-, Jugend- und Erwachsenenfragen. Erhältlich unter: <https://guter-start-ins-kinderleben.tg.ch/public/upload/assets/48620/%20Brosch%3Fre%20GSIK%20.pdf>, letzter Zugriff am 24.10.2017.
- Kanton Thurgau (Hrsg.) (2014). Schlussbericht GUTER START INS KINDERLEBEN. Dept. für Erziehung und Kultur, Fachstelle für Kinder-, Jugend- und Erwachsenenfragen. Erhältlich unter: https://guter-start-ins-kinderleben.tg.ch/public/upload/assets/48617/GSIK_Schlussbericht.pdf, letzter Zugriff am 24.10.2017.
- Kanton Thurgau (Hrsg.) (2015). Konzept Frühe Förderung. Kanton Thurgau 2015 - 2019. 1. Aufl. Dept. für Erziehung und Kultur, Fachstelle für Kinder-, Jugend- und Erwachsenenfragen. Erhältlich unter: [www.
https://kjf.tg.ch/public/upload/assets/16926/Konzept_Fr%3Fhe_F%3Frderung_Kanton_Thurgau_2015_2019.pdf](https://kjf.tg.ch/public/upload/assets/16926/Konzept_Fr%3Fhe_F%3Frderung_Kanton_Thurgau_2015_2019.pdf), letzter Zugriff am 24.10.2017.
- Knüppel Lauener, S.; Schnepf, W.; Imhof, L. (2014). Screening für Postnatale Depressionen in der ambulanten Versorgung. *Pflegewissenschaft*, 16(12): 676-684.
- Knüppel Lauener, Susanne; Imhof, Lorenz (2016). Depression nach der Geburt - Screening und Assessment. *Die Hebamme*, 29 110-116
- König, C., Pehlke-Milde, J. (2010). Bestandesaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz. Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV vom 29. September 1995, Stand am 3. August 2017. 1. Titel: Leistungen, 4. Kapitel: Besondere Leistungen bei Mutterschaft, Artikel 16: Leistungen der Hebammen. Eidgenössische Departement des Innern(EDI)
- Kuckartz, U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Aufl. Beltz Juventa, Weinheim und Basel.
- Künster, A. K., Knorr, C., Fegert, J. M., Ziegenhain, U. (2010). Soziale Netzwerkanalyse interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung in den Frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(11): 1134-1142. doi: 10.1007/s00103-010-1147-3
- Künster, A. K., Schöllhorn, A., Knorr, C., Fegert, J. M., Ziegenhain, U. (2010). Kooperation und Vernetzung im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz: Bedeutung evidenzbasierter Methoden. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 59: 731-743.
- Kurth, E, Kennedy, H. P., Spichiger, E., Hosli, I., Zemp Stutz, E. (2011). Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery*, 27:187-194
- Kurtz, V., Brand, T., Jungmann, T. (2010). Förderung der kindlichen Entwicklung durch Frühe Hilfen? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(4): 347-352. doi: 10.1007/s11553-010-0264-z
- Larkin V. (2014). An exploration of midwives' experiences and practice in relation to their assessment of maternal postnatal genital tract health. *Midwifery*, 30: 72–81.
- Long, T. (2001). Excessive infantile crying: a review of the literature. *Journal of Child Health Care*, 5(3):111-116.

- Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L., Watson, L. (2009). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*(3), Cd001055. doi: 10.1002/14651858.CD001055.pub3
- Meier Magistretti, C., Capeder, A., Huser, C., Isenschmid, M., Schläppi, M. Zäch, S. (2015). Was macht Netzwerke wirksam? Erfolgsfaktoren in Netzwerken am Beispiel der Frühen Förderung Stadt Luzern. *SozialAktuell*, 4: 23–25.
- Meier Magistretti, C., Villiger, S., Luyben, A., Varga, I. (2014). Qualität und Lücken der nachgeburtlichen Betreuung. Eine Studie zu postnatal care im Rahmen der COST-Aktion IS907: "Childbirth: cultures, concerns and consequences". Luzern: Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Munro, S., Kornelsen, J., Grzybowski, S. (2013). Models of maternity care in rural environments: Barriers and attributes of interprofessional collaboration with midwives. *Midwifery*, 29(6): 646-652.
- Murray-Davis, B., Marshall, M., Gordon, F. (2011). What do midwives think about interprofessional working and learning? *Midwifery*, 27(3): 376-381.
- Murray-Davis, B., Marshall, M., Gordon, F. (2014). Becoming an interprofessional practitioner: factors promoting the application of pre-qualification learning to professional practice in maternity care. *Journal of Interprofessional Care*, 28(1): 8-14. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2013.820690>.
- Nagel-Brotzler, A., Brönner, J., Hornstein, C., Albani, C. (2005). Peripartale psychische Störungen- Früherkennung und multiprofessionelle Kooperation. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 209(2): 51-58.
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE (2017). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical Guideline [CG192]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>. Letzter Zugriff am 15.12.2017
- Nationales Programm gegen Armut (2016). Frühe Förderung. Erhältlich unter: <http://www.gegenarmut.ch/themen/fruehe-foerderung/>, letzter Zugriff: 7.12.2017.
- Nationales Zentrum für Frühe Hilfen – NZFH. (2014). Empfehlungen zu Qualitätskriterien für Netzwerke Früher Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- O’Harra, M. W., Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression - AA meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1): 37-54. Doi: 10.3109/09540269609037816.
- Origlia Ikhilior, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Stocker Kalberer, B., Cignacco, E., Pehlke-Milde, J. (2017). Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen: BRIDGE. Projektbericht, Berner Fachhochschule, Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften - ZHAW und Swiss TPH, Bern.
- Perrenoud, P. (2015). Suivi postnatal à domicile et vulnérabilités plurielles: entre solitudes, violences et pauvreté. *Hebamme.ch / sage-femme.ch*, 10: 38-41.
- Petri L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum*, 45: 73–82.
- Pfadenhauer, M. (2009). Auf gleicher Augenhöhe. Das Experteninterview - ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.) (2009). *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. 3., grundlegend überarbeitete Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, S. 99-116.
- Pollard, K. C., Miers, M. E., Rickaby, C. (2012). 'Oh why didn't I take more notice?' Professionals' views and perceptions of pre-qualifying preparation for interprofessional working in practice. *Journal of Interprofessional Care*, 26(5), 355-361. doi: 10.3109/13561820.2012.689785.

- Posthumus, A. G., Schölmerich, V. L. N., Waelput, A. J. M., Vos, A. A., De Jong-Potjer, L. C., Bakker, R., Denktas, S. (2013). Bridging Between Professionals in Perinatal Care: Towards Shared Care in The Netherlands. *Maternal & Child Health Journal*, 17(10): 1981-1989. doi: 10.1007/s10995-012-1207-4.
- Psaila, K., Schmied, V., Fowler, C., Kruske, S. (2015). Interprofessional collaboration at transition of care: Perspectives of child and family health nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1-2): 160-172.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldmann, J., Freeth, D., Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3).
- Reiger, K. M., Lane, K. L. (2009). Working together: collaboration between midwives and doctors in public hospitals. *Australian Health Review*, 33(2): 315-324.
- Renner, I. (2010). Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 53(10): 1048-1055. doi: 10.1007/s00103-010-1130-z.
- Renner, I., Heimeshoff, V. (2014). Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. In NZFH (Ed.), (2. Auflage ed.). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Richter, N., Reck, C. (2013). Positive maternal interaction behavior moderates the relation between maternal anxiety and infant regulatory problems. *Infant Behavior and Development*, 36(4): 498-506.
- Sann, A., Landua, D. (2010). Systeme Früher Hilfen: Gemeinsam geht's besser! Ergebnisse der ersten bundesweiten Bestandsaufnahme bei Jugend- und Gesundheitsämtern. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 53(10), 1018-1028. doi: 10.1007/s00103-010-1124-x.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern: Hans Huber Verlag.
- Schölmerich, V. L., Posthumus, A. G., Ghorashi, H., Waelput, A. J., Groenewegen, P., Denktas, S. (2014). Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14, 145. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-145>.
- Schweizerisches Strafgesetzbuch (2017). vom 21. Dezember 1937 (Stand am 1. September 2017) Achtzehnter Titel: Strafbare Handlungen gegen die Amts- und Berufspflicht, Art. 321 Ziff. 2 und 3, Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft.
- Shaw, B. (2013). Collaborative working within community maternity services - is this the chink in the armour? *British Journal of Midwifery*, 21(4): 285-291.
- Simon, S., Schnepf, W., Sayn-Wittgenstein, F. zu (2017). Die berufliche Praxis von Hebammen in der ambulanten Wochenbettbetreuung: eine Literaturanalyse. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 221(1):12-24.
- Singleton, G., Furber, C. (2014). The experiences of midwives when caring for obese women in labour, a qualitative study. *Midwifery*, 30(1): 103-111. doi: 10.1016/j.midw.2013.02.008
- Späth, A., Kurth, E., Zemp Stutz, E. (2014). Helpline und postpartale Nachsorgeorganisation: Bericht zur Evaluation des ersten Betriebsjahres FamilyStart beider Basel. Winterthur, Basel: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Universität Basel, Swiss Tropical and Public Health Institute.
- Spieckermann, H., Schubert, H. (2009). Evaluation des Modellvorhabens "Netzwerk Frühe Förderung - NeFF". Arbeitshilfen zur Entwicklung und Steuerung von Netzwerken Früher Förderung (Vol. rbeitspapier 33). Köln: Fachhochschule Köln. Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften.

- Spyridu, A., Schauer, M., Ruf-Leuschner, M. (2014). Obstetric care providers assessing psychosocial risk factors during pregnancy: validation of a short screening tool – the KINDEX Spanish Version. *BMC Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8: 30. DOI 10.1186/s13034-014-0030-7
- Stern, S., Tassinari, S., Walther, U., North, N., Iten, R. (2012). Situationsanalyse zur frühen Förderung in kleinen und mittleren Städten der Schweiz. Eine Studie von Infras im Auftrag der Jacobs Foundation. Schlussbericht. Zürich: Infras, Jacobs Foundation.
- Talvik, I., Alexander, R. C., Talvik, T. (2008). Shaken baby syndrome and a baby's cry. *Acta Paediatrica*, 97(6): 782-785.
- Turrini, A., Cristofoli, D., Frosini, F., Nasi, G. (2010). Networking literature about determinants of network effectiveness. *Public Administration*, 88(2): 528-550. doi: 10.1111/j.1467-9299.2009.01791.x
- WHO. (2013). Europäischer Bericht über die Prävention von Kindesmisshandlung. Zusammenfassung. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation.
- Wittberger, L., Albermann, K., Pehlke-Milde, J., Koppitz, A. (2017). The effect of inpatient treatment on the stress experienced by parents with an excessively crying infant / Die Auswirkungen eines Spitalaufenthaltes auf die Belastung von Eltern mit einem exzessiv schreienden Kind. *International Journal of Health Professions*, 4(1), pp. 14-24. Retrieved 28 Dec. 2017, from doi:10.1515/ijhp-2017-0003
- Wustmann Seiler, C., Simoni, H. (2012). Orientierungsrahmen für frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz. Erarbeitet vom Marie Meierhofer Institut für das Kind, erstellt im Auftrag der Schweizerischen UNESCO-Kommission und des Netzwerks Kinderbetreuung Schweiz. http://www.netzwerk-kinderbetreuung.ch/media/filer_public/18/46/1846f505-49fc-4e09-ae57-9f91533719a0/orientierungsrahmen_de.pdf. Letzter Zugriff am
- Ziegenhain, U., Fegert, J. M., Ostler, T., Buchheim, A. (2007). Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter – Chancen früher beziehungsorientierter Diagnostik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(5): 410-428.
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A. K., Hofer, A., König, C., Fegert, J. M. (2010). *Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und Kinderschutz* (1. Auflage ed.). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) (2017). Anhang I Projekt Abschlusskompetenzen Gesundheitsfachberufe FH. https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/studium/bachelor/hebammen/abschlusskompetenzen-gesundheitsberufe_fh.pdf. Letzter Zugriff am 20.11.2017

8 Anhang

8.1 Interviewleitfaden

Projekt: Netzwerkarbeit der frei praktizierenden Hebammen in der Schweiz: Zugang der Familien mit Neugeborenen zu weiteren Angeboten der frühen Förderung

Interviewleitfaden

1) Einleitung zur Kurzvorstellung des Projektes und Interviewdetails

- a. Information Interview, Einwilligungserklärung insb. Pseudonymisierung, keine Anonymisierung möglich, Gesprächsführung
- b. Formular persönliche Daten ausfüllen.

2) Expertise darlegen lassen (Wochenbettbetreuung, Netzwerkarbeit, Berufspolitik)

Einleitende Fragen an die Expertise der Interviewpartnerin anpassen. Z. B.

- a. Wie ist Ihr beruflicher Zugang zum Thema vulnerable und psychosozial belastete Familien mit Neugeborenen?
- b. Was bedeutet für Sie Netzwerkarbeit in Bezug auf den Zugang dieser Familien zu weiteren Angeboten der frühen Förderung?

3) Hebammenarbeit

- a. Wie erlebst du die Entwicklungen in der außerklinischen Hebammenarbeit (in deinem Kanton) seit der Erweiterung der Wochenbettbetreuung auf 56 Tage?
 - Welche Neuerungen haben sich durch die Verlängerung ergeben?
 - Wie haben sich Aufgabenprofil, Anforderung und Verantwortungsbereich im Wochenbett verändert? (erweiterter Aufgabenbereich, Kompetenzzuwachs, Arbeitsstrukturen)
 - Wie hat sich das Angebotsprofil der Hebammen verändert?
 - Wie haben die Hebammen sich darauf vorbereitet (Eigeninitiativen oder Fortbildungen vom Verband, den Hochschulen)?
 - Welche Herausforderungen und Gefahren sehen Sie für die Hebammen in der momentanen Entwicklung (Wie läuft es, was für Probleme ergeben sich?)
 - Welche Chancen und Möglichkeiten?
- b. Welche Entwicklungstendenzen sehen Sie in der Hebammenbetreuung von sozial benachteiligten oder vulnerablen Familien oder Frauen mit psychosozialen Belastungen?
 - Wie schätzen Sie momentan die Qualifizierung der Hebammen für die Erfassung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs ein?
 - Welche Herausforderungen gibt es an den Schnittstellen z. B. bei Ko-Betreuungen mit dem Jugendamt (Gesundheitssystem – Sozialsystem)

4) Netzwerkarbeit von Hebammen

- a. Wie erleben Sie die Einstellungen/Haltungen von Hebammen zu Netzwerken oder Kooperationen oder zur interdisziplinären Zusammenarbeit?
- b. Wie schätzen Sie den Stellenwert von interdisziplinärer Vernetzung der Hebamme ein?
 - Welchen Auftrag haben Hebammen und von wem haben sie ihn erhalten? Wo sehen Sie ihr Mandat für eine entsprechende Tätigkeit (von wem wird was gewollt und entsprechend geregelt/unterstützt)?

8.2 Studieninformation

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Gesundheit
Institut für Hebammen

Studieninformation zum Projekt

„Netzwerkarbeit der freipraktizierenden Hebammen in der Schweiz: Zugang der Familien mit Neugeborenen zu weiteren Angeboten der frühen Förderung“

Sehr geehrte Studienteilnehmerin,

gerne möchten wir Sie zur Teilnahme an der Studie „Netzwerkarbeit“ gewinnen und mit diesem Schreiben über die Studie und den Ablauf der Befragung informieren.

Ziel der Studie

Mit der Studie wird erstmalig die Netzwerkarbeit der Hebammen im Zugang zu belasteten Familien sowie deren Vermittlung an weiterführende Hilfsangebote in der frühen Kindheit in der Schweiz beleuchtet. Auf dieser Grundlage sollen Massnahmen abgeleitet werden, die dazu beitragen, verlässliche Versorgungsketten zu einem sehr frühen Zeitpunkt der kindlichen Entwicklung im Sinne der Chancengleichheit aufzubauen.

Ihr Beitrag

Wir möchten ein Expertinneninterview mit Ihnen führen, in dem wir Sie nach Ihrer Erfahrung und Einschätzung befragen, bezüglich der Netzwerkarbeit der Hebammen im Zugang zu belasteten Familien sowie deren Vermittlung an weiterführende Hilfsangebote in der frühen Kindheit. Das Interview wird an einem gemeinsam vereinbarten Ort durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin der Forschungsgruppe Hebammenwissenschaft der ZHAW durchgeführt und dauert zirka eine Stunde. Das Interview wird aufgezeichnet und anschliessend transkribiert.

Datenschutz und Vertraulichkeit

Die erhobenen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Jedes Transkript wird durch die Vergabe eines Codes verschlüsselt, das heisst pseudonymisiert. Ihr Name und Angaben, die einen direkten Rückschluss auf Ihre Person ermöglichen (z.B. Ortsangaben), werden ersetzt. Die Daten werden an der Hochschule verschlossen verwahrt und vor unbefugten Dritten geschützt elektronisch gespeichert. Die Veröffentlichung von Studienergebnissen erfolgt ebenfalls nur in pseudonymisierter Form. Es ist nicht ausgeschlossen, dass pseudonymisierte Daten zu einem späteren Zeitpunkt für eine sekundäre Analyse oder für Unterrichtszwecke verwendet werden.

Nutzen

Für Sie als Interviewte sind weder ein besonderer Nutzen noch Nachteile verbunden. Wir gehen aber davon aus, dass Sie an einem ideellen Beitrag zur oben genannten Zielstellung interessiert sind.

8.3 Einwilligung Studienteilnahme

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Gesundheit
Institut für Hebammen

Schriftliche Einwilligungserklärung zur Teilnahme an dem Studienprojekt

„Netzwerkarbeit der freipraktizierenden Hebammen in der Schweiz: Zugang der Familien mit Neugeborenen zu weiteren Angeboten der frühen Förderung“

Sehr geehrte Studienteilnehmerin,

wir freuen uns, dass Sie an der Studie „Netzwerkarbeit“ teilnehmen werden!

Bitte lesen Sie die beiliegende Studieninformation sowie dieses Formular sorgfältig durch. Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wissen möchten.

Titel der Studie:	Netzwerkarbeit der freipraktizierenden Hebammen in der Schweiz: Zugang der Familien mit Neugeborenen zu weiteren Angeboten der frühen Förderung
verantwortliche Institution:	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW
Leiterin der Studie am Studienort:	Prof. Dr. Jessica Pehlke- Milde
Projektteam:	Astrid Krah, Dipl. Pflegewirtin (FH) Rebekka Erdin, MSc Statistik
Teilnehmerin/Teilnehmer: Name und Vorname in Druckbuchstaben:	

- Ich wurde mündlich und schriftlich über den Zweck, den Ablauf des Projekts und den Umgang mit meinen Daten informiert.
- Ich nehme an diesem Projekt freiwillig teil und akzeptiere den Inhalt der zum oben genannten Projekt abgegebenen schriftlichen Information. Ich hatte genügend Zeit, meine Entscheidung zu treffen.
- Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an diesem Projekt sind mir beantwortet worden. Ich behalte die schriftliche Information und erhalte eine Kopie meiner schriftlichen Einwilligungserklärung.
- Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen von der Teilnahme zurücktreten.
- Ich wurde informiert, dass Mitglieder des Studienteams für Fragen rund um die Studie bei mir melden können. Ich weiss, dass meine persönlichen Kontaktdaten zu keinem anderen Zweck verwendet werden und nicht an Dritte weitergegeben werden.

8.4 Anschreiben Online-Erhebung

Liebe Hebammen

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Netzwerkarbeit frei praktizierender Hebammen in der Schweiz. Zugang der Familien mit Neugeborenen zu weiteren Angeboten der frühen Förderung“ führt das Institut für Hebammen der ZHAW eine landesweite, dreisprachige Online-Befragung durch, zu der wir Sie herzlich einladen.

Hebammen und Netzwerkarbeit

In der häuslichen Betreuungsarbeit arbeiten Hebammen mit Familien mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Belastungen zusammen.

Um allen Familien gerecht werden zu können, entwickeln Hebammen Strategien und Netzwerke und leisten hier einen wichtigen Beitrag.

Ziel des Forschungsprojektes

Mit dem Forschungsprojekt wollen wir fördernde und hinderliche Aspekte für die Netzwerkarbeit von Hebammen analysieren und Merkmale und Bedingungen formulieren, damit sie gut gelingen kann.



Teilnahme

Wenn Sie als Hebamme in 2016 in der häuslichen Wochenbettbetreuung tätig waren, würden wir uns freuen, wenn Sie unser Forschungsvorhaben unterstützen würden und an der Befragung teilnehmen.

Unter den Teilnehmerinnen verlosen wir 30 x 2 Kinogutscheine

Los geht's

Sie können bequem an ihrem Computer oder Tablet teilnehmen.

Der folgende Link führt Sie direkt zur Befragung:

https://www3.unipark.de/uc/Team_Hebammen/accb/

Die Umfrage wird zirka 20-25 Minuten dauern und ist vollkommen anonym.

Gefördert wird das Projekt durch das Nationale Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut.

Mehr Informationen über das Projekt erhalten Sie auf unserer Webseite:

<https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/forschung/hebammen/projekte/netzwerkarbeit-frei-praktizierende-hebammen/>

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen im Namen des Projektteams

Astrid Krahl (Projektleiterin)

Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde (Leitung Forschungsgruppe Hebammenwissenschaft)

Wenn Sie weitere Fragen haben wenden Sie sich gerne an: astrid.krahl@zhaw.ch

Chères sages-femmes,

Dans le cadre du projet de recherche « Le travail en réseau des sages-femmes indépendantes en Suisse. L'accès aux offres d'encouragement précoce pour les familles avec nouveau-nés », l'Institut des sages-femmes de la ZHAW vous invite cordialement à participer à son enquête en ligne accessible en trois langues qui est menée dans toute la Suisse.

Les sages-femmes et le travail en réseau

Dans le cadre du travail de soins à domicile, les sages-femmes travaillent avec des familles ayant des besoins et des charges différentes.

Les sages-femmes développent des stratégies et des réseaux apportant ainsi une contribution importante dans ce domaine afin de tenir compte des besoins de toutes les familles.

L'objectif du projet de recherche

Ce projet de recherche sert à analyser les aspects qui encouragent et entravent le travail en réseau des sages-femmes et à formuler des caractéristiques et des conditions afin qu'elles puissent bien réussir.



Participation

Nous vous encourageons vivement à soutenir notre projet de recherche et à participer à l'enquête, si vous avez travaillé en 2016 comme sage-femme dans les soins post-partum à domicile.

30 x 2 bons de cinéma seront tirés au sort parmi les participantes.

Et c'est parti!

Vous pouvez participer à notre enquête sur votre ordinateur ou votre tablette.

Cliquez sur le lien suivant pour participer directement à cette enquête :

https://www3.unipark.de/uc/Team_Hebammen/accb/

L'enquête vous prendra environ 20-25 minutes et est complètement anonyme.

Le projet est financé par le Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté et FamilyStart Zurich.

Plus d'informations sur le projet sont disponibles sur notre site Web :

<https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/forschung/hebammen/projekte/netzwerkarbeit-frei-praktizierende-hebammen/>

Au nom de l'équipe du projet, nous vous remercions de votre soutien :

Astrid Krahll (cheffe de projet)

Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde (cheffe du groupe de recherche en sciences sages-femmes)

Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à contacter : astrid.krahll@zhaw.ch

Care levatrici,

nel quadro del progetto di ricerca sulla "Collaborazione in rete delle levatrici indipendenti in Svizzera. Accesso delle famiglie con neonati alle offerte per il sostegno alla prima infanzia" l'Istituto per levatrici della ZHAW conduce un sondaggio online in tre lingue, al quale desideriamo invitarla.

Levatrici e lavoro di collaborazione in rete

Nell'assistenza a domicilio le levatrici lavorano con le famiglie con diversi bisogni e fattori di stress.

Al fine di poter rispondere ai bisogni di tutte le famiglie, le levatrici sviluppano strategie e reti di collaborazione dando un contributo decisivo.

Obiettivo del progetto di ricerca

Con questo progetto di ricerca vogliamo analizzare gli aspetti favorevoli e sfavorevoli della collaborazione in rete delle levatrici e formulare caratteristiche e condizioni per sostenerne la buona riuscita.



Partecipazione

Se nel 2016 ha operato nell'assistenza al puerperio a domicilio, saremmo lieti se potesse sostenere il nostro progetto di ricerca partecipando al sondaggio.

Tra le partecipanti verranno sorteggiati 30 biglietti per il cinema per due persone

Iniziamo

Può partecipare comodamente dal suo pc o tablet.

Questo link la condurrà direttamente al sondaggio:

https://ww3.unipark.de/uc/Team_Hebammen/accb/

Il sondaggio dura circa 20–25 minuti e si svolge in forma completamente anonima.

Il progetto è sostenuto dal Programma nazionale di prevenzione e lotta alla povertà e da FamilyStart Zürich.

Sul nostro sito sono disponibili ulteriori informazioni in merito al progetto

<https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/forschung/hebammen/projekte/netzwerkarbeit-frei-praktizierende-hebammen/>

A nome del nostro team di progetto la ringraziamo per il suo sostegno

Astrid Krahl (responsabile di progetto)

Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde (responsabile del gruppo di ricerca scienze delle levatrici)

Per ulteriori domande può rivolgersi a: astrid.krahl@zhaw.ch

8.5 Online Fragebogen

Druckversion

https://ww3.unipark.de/www/print_survey.php?syid=636929&__menu_...

Fragebogen

1. Startseite

Bitte wählen Sie Ihre Sprache:
S'il vous plaît choisissez votre langue:
Sceglie la sua lingua per favore:

- ☐ Deutsch
- ☐ Français
- ☐ Italiano

2.1 Begrüssung Deutsch

Vielen Dank, dass Sie sich an dieser Umfrage beteiligen!

Durch Ihre Teilnahme leisten Sie einen wertvollen Beitrag für unsere Studie „Netzwerkarbeit der freipraktizierenden Hebammen der Schweiz. Zugang von Familien zu Angeboten der Frühen Förderung“.

Bitte nehmen Sie sich 20-25 Minuten Zeit, um den Fragebogen vollständig auszufüllen. Sie können die Befragung kurzzeitig unterbrechen und danach weiterführen, sofern Sie das Browser-Fenster geöffnet lassen. Die Fragen beziehen sich auf Ihre Tätigkeit als freipraktizierende Hebamme in der ambulanten Wochenbettbetreuung im letzten Jahr (2016).

Durch die anonymisierte Form der Erhebung und Auswertung sind keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich. Die Daten werden an der ZHAW geschützt vor dem Zugriff Dritter in elektronischer Form gespeichert. Mit Ihrer Studienteilnahme willigen Sie ein, dass Ihre Angaben vom Institut für Hebammen an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW ausgewertet und veröffentlicht werden dürfen.

Ich habe die Informationen zum Datenschutz gelesen und willige in die Studienbedingungen ein.

- ☐ Ja
- ☐ Nein



3.1 Begrüssung Französisch

Merci de participer à cette enquête !

En participant à l'enquête, vous apportez une précieuse contribution à notre étude « Le travail en réseau des sages-femmes indépendantes en Suisse. L'accès aux offres d'encouragement précoce pour les familles avec nouveau-nés ».

Il vous faudra environ 20 à 25 minutes pour répondre au questionnaire. Vous pouvez interrompre à tout moment la saisie de l'enquête et continuer plus tard, si vous laissez la fenêtre du navigateur ouverte. Les questions portent sur votre travail en tant que sage-femme indépendante dans le suivi post-partum à domicile l'année dernière (2016).

La collecte et l'analyse de données anonymes ne permettent de tirer aucune conclusion concernant votre personne. Les données sont protégées de manière optimale contre les accès non autorisés et stockées sous forme électronique à la ZHAW. En participant à notre étude, vous acceptez que vos données soient évaluées et publiées par l'Institut des sages-femmes à l'Université des Sciences Appliquées de Zurich (ZHAW).

J'ai lu les conditions relatives à la protection des données et j'accepte les conditions d'étude.

- ☐ Oui
- ☐ Non



FAMILY
START
ZÜRICH

4.1 Begrüssung Italienisch

Testo introduttivo e consenso alla partecipazione allo studio:

La ringraziamo per la sua partecipazione al sondaggio! Grazie alla sua partecipazione contribuisce in maniera decisiva al nostro studio sulla "Collaborazione in rete delle levatrici indipendenti in Svizzera. Accesso delle famiglie con neonati alle offerte per il sostegno alla prima infanzia".

La preghiamo di dedicare 20-25 minuti del suo tempo per compilare il questionario. Può sospendere in qualsiasi momento il questionario e riprenderlo in un momento successivo, avendo cura tuttavia di lasciare la finestra del browser aperta. Le domande si riferiscono alla sua attività di levatrice indipendente nell'ambito dell'assistenza al puerperio a domicilio durante lo scorso anno (2016).

Grazie alla forma anonima del sondaggio e dell'analisi dei dati, non sarà in alcun modo possibile risalire alla sua persona. I dati verranno salvati in formato elettronico e protetti dall'accesso di terzi presso la ZHAW. Con la partecipazione allo studio acconsente all'analisi e alla pubblicazione dei suoi dati da parte dell'Istituto per levidenze dell'Università di Scienze applicate Zurigo ZHAW.

Ho letto le informazioni riguardanti la protezione dei dati e acconsento alle condizioni per lo studio.

- ☐ Sì
- ☐ No



5.1 Endseite Kein Einverständnis

Sie können nur an dieser Studie teilnehmen, wenn Sie die Informationen auf der Startseite gelesen haben und mit der beschriebenen Verwendung der Daten einverstanden sind. Da dies laut Ihren Angaben auf Sie nicht zutrifft, können Sie leider nicht an der Umfrage teilnehmen.

Wir danken Ihnen trotzdem herzlich für Ihr Interesse und Ihre Bereitschaft zu einer Teilnahme!

Sollten Sie versehentlich auf "Nein" geklickt haben, öffnen Sie bitte den Link zur Teilnahme noch einmal und beginnen Sie die Umfrage nachdem Sie auf der Startseite "Ja" angewählt haben. Ggf. müssen Sie dafür einen anderen Browser verwenden, um erneut teilnehmen zu können.

6 Soziodemografische Angaben

Alter

Bitte geben Sie hier Ihren Jahrgang ein.

Seit wann sind Sie Hebamme?

Bitte geben Sie das Jahr Ihrer Diplomierung / Ihres Studienabschlusses (bei BSc) ein.

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als frei praktizierende Hebamme?

7 Tätigkeitsbereich

Waren Sie innerhalb des Jahres 2016 frei praktizierend in der ambulanten Wochenbettbetreuung tätig?

- ☐ Ja, während dem ganzen Jahr
- ☐ Ja, aber nicht das ganze Jahr, sondern während so viel Monaten:
- ☐ Nein

Anzahl Familien pro Jahr

Wie viele Familien haben Sie im Jahr 2016 ungefähr im Wochenbett betreut?

In welchen Kantonen sind Sie frei praktizierend tätig?

Bitte wählen Sie alle Kantone an, in welchen Sie im Jahr 2016 als frei praktizierende Hebamme tätig waren.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aargau (AG) | <input type="checkbox"/> Graubünden (GR) | <input type="checkbox"/> Solothurn (SO) |
| <input type="checkbox"/> Appenzell Aussenrhoden (AR) | <input type="checkbox"/> Jura (JU) | <input type="checkbox"/> Tessin (TI) |
| <input type="checkbox"/> Appenzell Innerrhoden (AI) | <input type="checkbox"/> Luzern (LU) | <input type="checkbox"/> Thurgau (TG) |
| <input type="checkbox"/> Basel-Landschaft (BL) | <input type="checkbox"/> Neuenburg (NE) | <input type="checkbox"/> Uri (UR) |
| <input type="checkbox"/> Basel-Stadt (BS) | <input type="checkbox"/> Nidwalden (NW) | <input type="checkbox"/> Valais (VS) |
| <input type="checkbox"/> Bern (BE) | <input type="checkbox"/> Obwalden (OW) | <input type="checkbox"/> Zürich (ZH) |
| <input type="checkbox"/> Freiburg (FR) | <input type="checkbox"/> St. Gallen (SG) | <input type="checkbox"/> Zug (ZG) |
| <input type="checkbox"/> Genf (GE) | <input type="checkbox"/> Schaffhausen (SH) | |
| <input type="checkbox"/> Glarus (GL) | <input type="checkbox"/> Schwyz (SZ) | |

Stadt oder Land?

Welche Struktur hat die Region in der Sie vorwiegend gearbeitet haben?
(Mehrfachantwort möglich)

- ☐ Ländliches Gebiet (Städte und Dörfer bis 5.000 Einwohner)
- ☐ Klein- bis Mittelstädtisches Gebiet (bis 50.000 Einwohner)
- ☐ Grosse Stadt, inkl. Agglomeration (> 50.000 Einwohner)
- ☐ Agglomerationsgürtel / Peripherie (sowohl ländliches als auch städtisches Gebiet)

8.1 Nicht frei praktizierend

Wir möchten für diese Studie ausschliesslich Hebammen befragen, welche im Jahr 2016 frei praktizierend in der ambulanten Wochenbettbetreuung tätig waren. Da dies laut Ihren Angaben auf Sie nicht zutrifft, können wir Ihre Meinung in dieser Studie leider nicht berücksichtigen.

Wir danken Ihnen trotzdem herzlich für Ihr Interesse und Ihre Bereitschaft zu einer Teilnahme!

9.1 Stadt Zürich

Sind Sie vorwiegend in der Stadt Zürich frei praktizierend tätig?

- ☐ Ja
☐ Nein

10 Zugang zu Familien

Zugang zu den Familien

Bitte geben Sie an, wie häufig die Familien die Sie betreuen über die verschiedenen Wege an Sie gelangen.

	nie	selten	manchmal	häufig	meistens
Die Familien / Frauen kontaktieren mich selbst (haben Kontaktdaten z.B. von meiner Homepage, Flyern, Telefonbucheinträgen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Familien erhalten meine Kontaktdaten / werden an mich vermittelt von:					
Spital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Hebammen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hebammenvermittlungs-Zentrale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ärztinnen und Ärzte (z.B. Geburtshilfe, Gynäkologie, Pädiatrie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mütter- und Väterberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akteure aus dem Sozialbereich (z.B. Jugendamt, Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde KESB/Familiengericht, soziale Dienste)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11 Sozial benachteiligte Familien

Soziale Belastungen

Welche Belastungen haben Sie 2016 in den von Ihnen betreuten Familien festgestellt?

Erklärungen zu einzelnen sozialen Belastungen:

Finanzielle Situation: Tiefes Einkommen; Bezug von Sozialhilfe; Schulden

Niedriger Bildungsstand: Keine Ausbildung nach der obligatorischen Schule

Migration: Geringe Kenntnisse zum Schweizer Bildungs- und Gesundheitssystem

Psychosoziale Belastungen: Teenager Mutter; starke Paarconflikte; Alleinerziehend; mangelnde soziale Integration; mangelnde Unterstützung von aussen (Verwands, Nachbarn); verwahrloster Zustand; unzureichende Schwangerschaft; Alkohol, Drogen, Nikotin; häusliche Gewalt; Prostitution; Kriminalität; sehr beengte Wohnverhältnisse

Psychische oder physische Erkrankungen: psychische Erkrankung; körperliche, z. B. chronische, Erkrankung oder Behinderung

	nie (0%)	selten (< 5%)	manchmal (ca. 10%)	regelmässig (ca. 20%)	häufig (>30%)
Finanzielle Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitslosigkeit / prekäre Arbeitsverhältnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Bildungsstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unzureichende Deutschkenntnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychosoziale Belastungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische oder physische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sozial benachteiligte Familien sind gemäss der Definition des Nationalen Programms gegen Armut Familien, in welchen 3 oder mehr der oben aufgeführten Belastungen zusammenkommen. Im Folgenden beziehen wir uns immer auf diese Definition, wenn wir von sozial benachteiligten Familien schreiben.

Wie häufig haben Sie im Jahr 2016 sozial benachteiligte Familien betreut?

- ☐ nie
(0%)
☐ selten
(< 5%)
☐ manchmal
(ca. 10%)
☐ regelmässig
(ca. 20%)
☐ häufig
(> 30%)

11.1 Sozial benachteiligte Familien ja

Inwieweit unterscheidet sich die Betreuung sozial benachteiligter Familien insgesamt hinsichtlich	des Betreuungsbegins	der Betreuungsdauer	des Betreuungsaufwandes
Bitte wählen Sie --	Bitte wählen Sie --	Bitte wählen Sie --	Bitte wählen Sie --
früher	kürzer	weniger	gleich viel
gleich früh	gleich lang	etwas mehr	deutlich mehr
später	länger	sehr viel mehr	

13 Zusätzliche Belastungen

Zusätzliche Belastungen

Zusätzlich zu den vorher genannten sozialen Belastungen einer Familie können weitere Belastungen auftreten, die zu einem erweiterten Unterstützungsbedarf führen. Wie oft haben Sie im Jahr 2016 folgende Probleme in den betreuten Familien festgestellt?

Erklärungen zu einzelnen zusätzlichen Belastungen:

Schwierigkeiten der Mutter und/oder des Vaters das Kind anzunehmen / für das Kind zu sorgen: Ablehnende Äußerungen über das Kind; Desinteresse am Kind; unangemessene Reaktion auf kindliche Signale usw.

Das Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen: Frühgeburt; Mehrlinge; Chronische Erkrankung

Regulationsstörungen des Kindes: Trinkprobleme; Schlafprobleme; exzessives Weinen

	nie (0%)	selten (< 5%)	manchmal (ca. 10%)	regelmäßig (ca. 20%)	häufig (> 30%)
Schwierigkeiten der Mutter und/oder des Vaters das Kind anzunehmen / für das Kind zu sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regulationsstörungen des Kindes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14 Einschätzung Unterstützungsbedarf

Was unterstützt Sie bei der Einschätzung des Unterstützungsbedarfes von Familien (Belastungen-Ressourcen)?

	trifft zu	teils-teils	trifft nicht zu
Die Anwendung von Fragebögen oder anderen Assessmentinstrumenten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Fachwissen aus der Grundausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Fachwissen aus Weiter- und Fortbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Einblick in die Familienverhältnisse durch die aufsuchende Betreuung im häuslichen Umfeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich tausche mich regelmäßig mit anderen Hebammen aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich stehe in regelmäßigem interdisziplinärem Austausch; wichtigste Kontakte sind:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15 Vermittlung wie + wohin

Erweiterter Unterstützungsbedarf

Wenn ich bei einer Familie einen erweiterten Unterstützungsbedarf irgendwelcher Art festgestellt habe, dann...

	trifft zu	teils-teils	trifft nicht zu
... suche ich fallbezogen nach den richtigen Angeboten/Ansprechpartnern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... greife ich auf eine Liste von Fachpersonen und Angeboten zurück.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... erkundige ich mich bei Kolleginnen was sie tun würden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... greife ich auf mein bereits etabliertes interdisziplinäres Netzwerk zurück.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich fixe Ansprechpartner/Ansprechstellen, die die Familie weitervermitteln können, nämlich:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

An welche Fachpersonen oder Angebote haben Sie Familien mit erweitertem Unterstützungsbedarf im Jahr 2016 am häufigsten vermittelt?

Bitte geben Sie die wichtigsten Fachpersonen und Angebote Ihrer Weitervermittlung in der Reihenfolge der Vermittlungshäufigkeit an, maximal 6 Nennungen.
(Drag and Drop: Begriffe auswählen und vom linken ins rechte Feld ziehen)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

[illegible]

Anders Facherson/Angebote

Falls Sie bei der vorherigen Frage "Andere Fachperson/Angebote" ausgewählt haben, geben Sie bitte an, welche Fachperson / welches Angebot Sie damit meinen:

10 Vermittlung Schwierigkeiten

Welche Schwierigkeiten erleben Sie bei der Vermittlung der Familien zu anderen Akteuren oder Institutionen?

Bitte wählen Sie alle Punkte an, die Sie im Jahr 2016 als Problem in der Vermittlung von Frauen/Familien erlebt haben.

- ☐ Die Frau bzw. ihr Partner wollten keine Vermittlung.
- ☐ Es war schwierig für mich, meine Einschätzung gegenüber der Frau oder dem Partner zu kommunizieren.
- ☐ Es kam zu einem Vertrauensverlust der Familie mir gegenüber.
- ☐ Ich habe kein passendes Angebot gefunden.
- ☐ Die Familie empfand die Angebote nicht als hilfreich oder passend.
- ☐ Die von mir angesprochenen Fachpersonen haben keinen Unterstützungsbedarf gesehen.
- ☐ Der mit der Vermittlung verbundene Aufwand war zu hoch, um ihn im Rahmen meiner Betreuung leisten zu können.
- ☐ Das Angebot war zu teuer und konnte nicht finanziert werden.
- ☐ Die Hürden von Datenschutz und Schweigepflichtsbindung waren zu hoch, um eine Vermittlung vorzunehmen.
- ☐ Ich habe mir Sorgen gemacht, dass ich die Familie womöglich unnötig in ein System institutioneller oder staatlicher Kontrolle überführen würde.
- ☐ Andere Schwierigkeiten:

17 Mütter- und Väterberatung

In der Region, in der ich arbeite, gibt es eine Mütter- und Väterberatung (MVB).

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiss nicht

10.1 MVB Zusammenfassung

Zusammenarbeit mit der Mütter- und Väterberatung (MVB)

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit der MVB.

	stimme völlig zu	stimme eher zu	teils-teils	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
Mit der MVB arbeite ich im Allgemeinen eng zusammen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Fachpersonen der MVB kenne ich persönlich gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Betreuungsphilosophie und Ziele der MVB und von mir decken sich in weiten Teilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne die Zuständigkeiten und Arbeitsbereiche der MVB.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In überlappenden Zuständigkeitsbereichen gibt es kleine Absprachen zwischen der MVB und mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei sozial belasteten Familien ist die MVB die erste Anlaufstelle für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei sozial belasteten Familien gebe ich einen Rapport an die MVB ab oder organisiere einen gemeinsamen Besuch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10.2.1 Grund keine enge Zus.-Arbeit MVB

Warum arbeiten Sie nicht eng mit der MVB zusammen?

18.3 Vermittlung an MVB

Sich vermitteln bzw. informiere und berate die Frauen zum Angebot der MVB in der Regel ...

- ☐ ... gegen Ende meiner Wochenbettbetreuung
- ☐ ... nur wenn ich einen Bedarf sehe
- ☐ ... irgendwann während der Betreuungszeit

19 Frühe Förderung

Definition Frühe Förderung

Frühe Förderung umfasst frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung. Die allgemeine frühe Förderung soll allen Kindern und ihren Familien offenstehen, z. B. durch Hebammen, Ärztinnen, MVB, Erziehungsberatung und weitere familienunterstützende Angebote. Angebote der besonderen frühen Förderung richten sich an sozial belastete Familien, die zur Stärkung ihrer Ressourcen eine spezifische familienergänzende Unterstützung benötigen (z. B. Kinderdagverbände, Tagesfamilien, heilpädagogische Massnahmen). (Nationales Programm gegen Armut, 2016; www.gegenarmut.ch)

Kennen Sie Initiativen im Bereich der Frühen Förderung in Ihrer Region / Ihrem Kanton?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, nämlich:

Sehen Sie Ihre Arbeit in der ambulanten Wochenbettbetreuung als Teil des Angebots der Frühen Förderung?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiss nicht

10 Netzwerk

Definition Netzwerk

Ein Netzwerk ermöglicht eine formelle und strukturierte Zusammenarbeit von verschiedenen Fachpersonen oder Anbietern mit einem gemeinsamen Ziel, z. B. einer bedürfnisorientierten Versorgung von Familien mit erweitertem Unterstützungsbedarf. Die Mitglieder des Netzwerkes nehmen ihre berufsspezifischen Aufgaben wahr und unterstützen sich gegenseitig, um das Ziel zu erreichen.

Sind Sie in irgendeiner Form von Netzwerk integriert/engagiert? (Offizielles oder inoffizielles Netzwerk)

Bitte geben Sie alle Netzwerke an, denen Sie angehören.

- ☐ Nein, ich bin in keinem Netzwerk
- ☐ Ja, ich bin in folgendem Netzwerk / folgenden Netzwerken:
- ☐ FamilyStart Zürich
- ☐ FamilyStart Beider Basel
- ☐ Arcade Sages-femmes
- ☐ Andere Hebammennetzwerke
- ☐ PROFA
- ☐ Guter Start ins Kinderleben Thurgau
- ☐ ZEPPELIN
- ☐ Andere Netzwerke, nämlich:

11.1 Netzwerk Nein

Warum sind Sie nicht in einem Netzwerk?

- ☐ In meiner Region gibt es kein Netzwerk.
- ☐ Ich kenne verschiedene Akteure, mit denen ich im Bedarfsfall zusammenarbeite, ansonsten habe ich keinen Bedarf an Vernetzung.
- ☐ Mir fehlt die Zeit.
- ☐ Andere Gründe, nämlich:

Welche Vorteile könnte es für Sie haben, in einem Netzwerk organisiert zu sein?

trifft zu teils-teils trifft nicht zu

Familien mit komplexer Problemlage oder mit speziellen Belastungen sind umfassender versorgt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Bedürfnisse des Kindes werden in den Mittelpunkt gestellt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mehr Verständnis für die Sichtweisen und Vorgehensweisen von Fachpersonen anderer Berufsgruppen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Wert meiner eigenen Arbeit und ihr Mehrwert für die betreuten Familien wird besser genutzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich entlastet und nicht mehr für alles zuständig und verantwortlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich abgesichert, z. B. im Umgang mit Schweigepflicht und Dokumentation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erhalte Informationen zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten in der Region.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Vorteile: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22.1 Netzwerk JA

Das Netzwerk/die Netzwerke in denen ich integriert bin ist/sind:

Mehrfachantwort möglich

☐ Reines Hebammen-Netzwerk

☐ Interdisziplinäres Netzwerk

Falls Sie in einem interdisziplinären Netzwerk engagiert sind, beantworten Sie bitte die folgenden beiden Fragen für Ihr wichtigstes interdisziplinäres Netzwerk.

Wie sehen die Rahmenbedingungen in Ihrem Netzwerk aus?

	trifft zu	teils-teils	trifft nicht zu
Die Netzwerktreffen werden zentral organisiert (Treffen, Einladung, Räumlichkeiten, Durchführung).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Organisation der Netzwerktreffen hängt von dem Engagement einzelner Teilnehmer/innen ab.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Netzwerktreffen werden moderiert und/oder protokolliert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Kontaktdaten der Akteure des Netzwerks.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Vorteile sehen Sie darin, in einem Netzwerk organisiert zu sein?

	trifft zu	teils-teils	trifft nicht zu
Familien mit komplexer Problemlage oder mit speziellen Belastungen sind umfassender versorgt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Bedürfnisse des Kindes werden in den Mittelpunkt gestellt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mehr Verständnis für die Sichtweisen und Vorgehensweisen von Fachpersonen anderer Berufsgruppen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Wert meiner eigenen Arbeit und ihr Mehrwert für die betreuten Familien wird besser genutzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich entlastet und nicht mehr für alles zuständig und verantwortlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich abgesichert, z. B. im Umgang mit Schweigepflicht und Dokumentation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erhalte Informationen zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten in der Region.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Vorteile: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23 Netzwerkarbeit Förderliches

Förderliche Faktoren für die interdisziplinäre Netzwerkarbeit

Welche der folgenden Rahmenbedingungen und Massnahmen würden sich förderlich auf Ihre interdisziplinäre Netzwerkarbeit auswirken?

	stimme völlig zu	stimme eher zu	teils-teils	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
Ausreichend Ressourcen (Zeit, Entlohnung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmäßig stattfindende gemeinsame Fallbesprechungen und Weiterbildungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fallübergreifender Austausch zwischen Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gemeinsam entwickelte verbindliche Kriterien zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klare Regelungen zum Umgang mit der Schweigepflicht und Schweigepflichtentbindung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respekt und Anerkennung der Fachpersonen untereinander	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückmeldung und Information zum Verlauf durch die hinzugezogenen Fachpersonen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24 Bemerkungen

Sie sind fast am Ende des Fragebogens angelangt. Gibt es etwas, was Sie uns gerne noch mitteilen möchten?

25 Ende Seite**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

Wenn Sie an der Verlosung von 30 x 2 Kinogutscheinen (in der ganzen Schweiz gültig) teilnehmen möchten, klicken Sie bitte auf folgenden Link:
[Zur Verlosung](#)

Ansonsten ist die Umfrage abgeschlossen. Wenn Sie nicht an der Verlosung teilnehmen wollen, können Sie das Browserfenster nun schliessen, Ihre Daten sind gespeichert.

Die Studie wird durch das Nationale Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut und FamilyStart Zürich gefördert.

Gesundheit

Forschungsstelle Hebammenwissenschaft
Technikumstrasse 81
Postfach
CH-8401 Winterthur

E-Mail info.gesundheit@zhaw.ch

Web www.zhaw.ch/gesundheit